Central East **LHIN**

From Planning to Action

Engaged Communities. Healthy Communities.

Central East LHIN 2007-08 Annual Report

Ontario
Local Health Integration Network

CENTRAL EAST LOCAL HEALTH INTEGRATION NETWORK (9)

The Local Health Services Integration Act, passed in March 2006, is intended to provide an integrated health system to improve the health of Ontarians through better access to high quality health services, coordinated health care and effective and efficient management of the health system at the local level by Local Health Integration Networks (LHINs). LHINs are responsible for planning, integrating and funding health care providers (hospitals, long-term care homes, community support services, community health centres, Community Care Access Centres and community mental health and addictions agencies) in their specific geographic areas. LHINs received funding authority and the funding responsibility for their providers on April 1, 2007. This is the first Annual Report for the LHINs with their full authorities.

For more information about LHINs, including frequently asked questions, visit the LHINs' web site at www.lhins.on.ca

MESSAGE FROM OUR CHAIR AND CEO

April 1, 2007 was the day on which LHINs assumed their funding and accountability authority as devolved from the Minister of Health and Long- Term Care. Like similar transitions in government and agencies, the public and providers experience of health care administration changed little. This is because the LHIN transformation has consistently been evolutionary rather than revolutionary.

Over the past year, the Central East LHIN organization has worked with health service providers to meet the public's expectation of:

- Increased integration and improved service coordination
- Increased local decision-making about funding and allocation
- Greater emphasis on local health system planning
- Increased community engagement
- Enhanced accountability

Given that local health service provider boards have remained intact, it should be the public's expectation that these goals will be achieved by the Central East LHIN in leadership, and support of, the health service providers within the LHIN area. Accountability, coordination, and input to decision making - these are common expectations of the public for their health care delivery system – not just of the LHIN.

Now is the time to create the capacity for change, and wherever the LHIN can, remove obstacles that have hindered our collective ability to do better for our patients, residents and families. Right from the start, much attention and fear has been generated by some regarding the integration mandate of the LHINs. We hope that our health care community is growing in confidence that the LHIN is committed to transparency, will reward behaviour that is inclusive rather than divisive and will reward and recognize efforts in innovation and quality improvement by our health service providers.

Our actions and plans have demonstrated a commitment to engaging our diverse communities, and to providing equitable access to an integrated system of care across the LHIN. In recognition of these efforts, we have received a great deal of support from the public and health service providers over the past year. We have been recognized by our peers for our innovation and progress.

While such support is encouraging, it is important for all of us to be reminded that the LHIN is fundamentally a network of funded health service providers and interested stakeholders working in unison towards meeting our citizen's expectations about their public health system. This is not to distract from the important role the LHIN Board and Staff play in providing leadership to remove those barriers that divide our community of care. What will make the LHIN so successful, so unstoppable, is our collective abilities to work and achieve together as a network. This is the kind of leadership you should expect from your LHIN.

Confidence abounds! Thank You.

Foster Loucks
Chair

Deborah Hammons
CEO

MEMBERS OF THE BOARD

Foster Loucks	Term of Office: June 1, 2005 – May 31, 2008
Joseline Sikorski	Term of Office: June 1, 2005 – May 31, 2008
Jean Achmatowicz MacLeod	Term of Office: June 1, 2005 – May 31, 2008
Novina Wong	Term of Office: January 5, 2006 – February 4, 2007 Reappointed: February 5, 2007 – February 4, 2010
Stephen Kylie	Term of Office: March 1, 2006 – February 29, 2008 Reappointed: March 1, 2008 – February 28, 2011
Dr. Alexander Hukowich	Term of Office: May 17, 2006 – June 16, 2007 Reappointed: June 17, 2007 – June 16, 2010
William Gleed	Term of Office: May 17, 2006 – June 16, 2007 Reappointed: June 17, 2007 – June 16, 2010
Ronald Francis	Term of Office: May 17, 2006 – May 16, 2008
Eva Nichols	Term of Office: January 5, 2006 – February 4, 2008 Reappointed: January 5, 2008 Resigned: February 10, 2008 (Resignation approved and order in council revoked: March 19, 2008)

INTRODUCTION

A Strategy to Strengthen Your Health Care System and to Help You Improve Your Health

Since its inception, the Central East LHIN has been working with community residents, caregivers, health service providers, the provincial government and other local health integration networks in establishing and implementing a local strategy that will not only improve the public health care system, but help you and your family stay healthy, and receive services as close to home as possible.

2007-2008 marked the continued evolution of the Central East LHIN as local health system managers. In its first year (2006-07), activities were focused on community engagement and planning that resulted in the development of the first Central East LHIN Integrated Health Service Plan (IHSP).

Delivering on the Integrated Health Service Plan, which was developed through extensive community engagement to determine what matters most to people in our communities, required the coordinated effort of the Central East LHIN and the local health service providers. The legislative and policy foundation of this coordinated or integrated effort is the Local Health Services Integration Act which places expectations on both the LHINs and health service providers. Specifically, new requirements of local health service providers are to:

- Align their strategic and service planning within the overall LHIN framework, with specific reference to the priorities identified in the Integrated Health Service Plan
- Participate in LHIN planning exercises and provide the input and necessary information for the development of LHIN plans
- Identify integration opportunities and demonstrate continuous improvement in service integration, coordination and quality
- Implement the directions for integration laid out in the accountability agreements with LHINs

To assist the LHIN and local health service providers meet these expectations of quality, accountability, consistency and transparency, the Central East LHIN has continued to develop local policy, strategic directions and tools that will guide the integration and decision making process. 2007-08 demonstrated continuous development in this area, notably with the development of the Central East LHIN Strategic Directions, the draft Decision Making Framework, and Service Accountability Agreements.

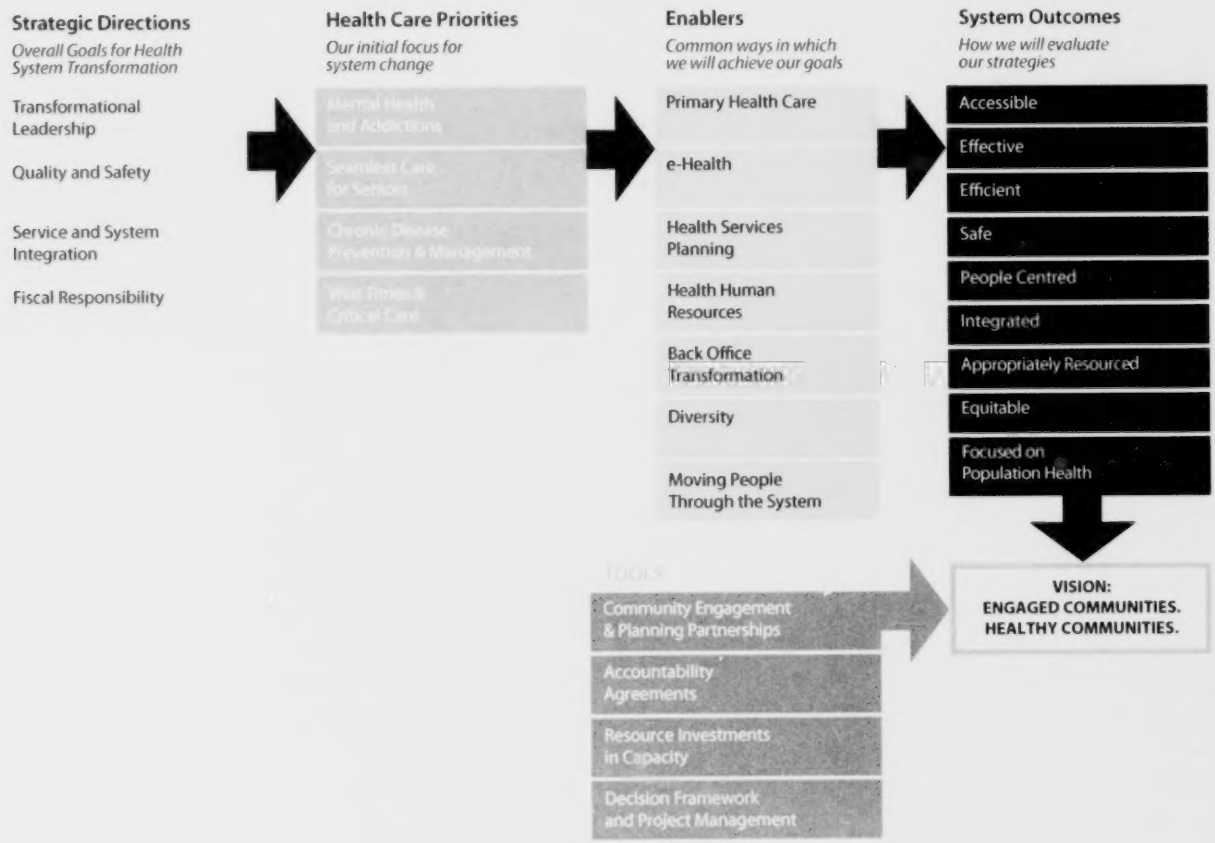
The table on the next page summarizes these key Central East LHIN decision and accountability documents, including direction on where to find more information about them.

Policy/Accountability Document	Description	Focus
2007-08 **Ministry-LHIN Accountability Agreement (MLAA)** *http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=132*	Establishes mutual accountabilities, performance goals and funding between the Ministry of Health and Long-Term Care and the CE LHIN.	Focus is on alignment and consistency between CE LHIN and provincial goals, roles and responsibilities.
Central East LHIN **Vision** *http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2538&ekmensel=e2f22c9a_72_184_2538_1*	"Engaged Communities. Healthy Communities." Establishes the long-term goal of the CE LHIN Organization. First articulated in the Integrated Health Service Plan (2006).	
Central East LHIN **Strategic Directions** *http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2540&ekmensel=e2f22c9a_72_184_2540_2*	Sets overall strategic directions for the CE LHIN organization and the entire Central East LHIN under four areas: • Transformational Leadership • Service and System Integration • Safety and Quality • Fiscal Responsibility Approved by the Central East LHIN Board in August 2007.	Focus is on alignment of CE LHIN goals and objectives for the local health system.
Central East LHIN **Integrated Health Service Plan** *http://www.centraleastlhin.on.ca/IntegratedHealthServicePlan.aspx?ekmensel=e2f22c9a_72_204_btnlink*	Sets **health care priorities for change, common enablers, system outcomes,** action plans and performance monitoring framework. Published: Nov 2006.	
Central East LHIN **Framework for Community Engagement and Local Health Planning** *http://www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/Framework.pdf*	Establishes goals, objectives and processes of community engagement in the CE LHIN. Includes CE LHIN planning partnerships (e.g., Collaboratives, LHIN-wide Heath Interest Networks, and Task Groups). Published: March 2006.	
Central East LHIN **Decision Making Framework (draft)** *http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2*	Assists LHIN decision makers in reviewing funding requests, innovation or integration proposals. Assists health service providers in assessing the merits of their funding requests, innovation or integration proposals. Presented: Aug 2007.	Focus is on agreement with CE LHIN expectations for transparent, objective and collaborative decision making.
Central East LHIN **Business Supports**	• Project Management Office • Health Service Improvement Pre-Proposal (HSIP).	

On April 1, 2007 Ontario's LHINs assumed their funding and accountability authority as devolved from the Minister of Health and Long-Term Care. Such responsibility required on-going fiscal and performance oversight of local health service providers, with increasing responsibility for negotiating **Service Accountability Agreements** with local health service providers. These agreements are required in order for the LHIN to provide funding to a health service provider.

The **Strategy Map** (below) captures how our strategic directions, our IHSP health care priorities and enablers, and tools "fit" together in supporting our vision and desired outcomes for the local health system.

The **Strategy Map** was revised in 2007-08 to include the Central East LHIN Strategic Directions, as well as reflect some of our evolving knowledge of what is required to meet your goals for the health care system.



On April 1, 2007 Ontario's LHINs assumed their funding an accountability authority as devolved from the Minister of Health and Long-Term Care. Such responsibility required on-going fiscal and performance oversight of local health service providers, with increasing responsibility for negoti **Service Accountability Agreements** with local health service providers. These agreements are required in order for the LHIN to provide funding to a health service provide

Strategic Directions

Overall Goals for Health System Transformation

Transformational Leadership

Quality and Safety

Service and System Integration

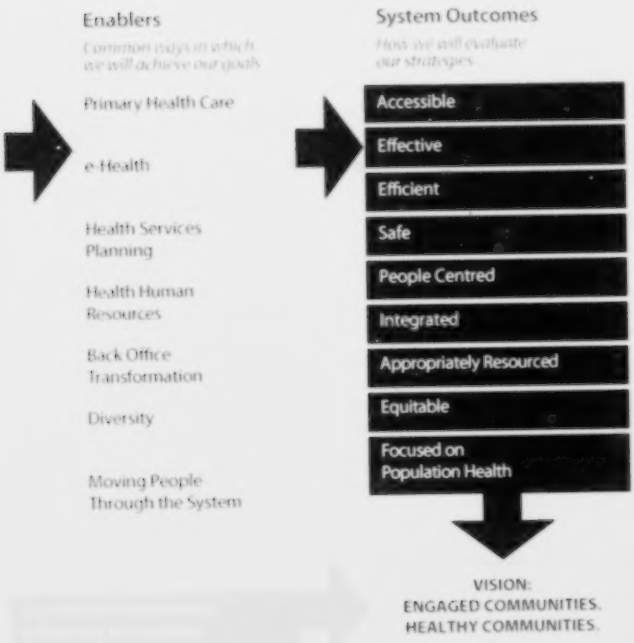
Fiscal Responsibility

Health Care Priorities

Our initial focus for system change

The **Strategy Map** (below) captures how our strategic directions, our IHSP health care priorities and enablers, and tools "fit" together in supporting our vision and desired outcomes for the local health system.

The **Strategy Map** was revised in 2007-08 to include the Central East LHIN Strategic Directions, as well as reflect some of our evolving knowledge of what is required to meet your goals for the health care system.

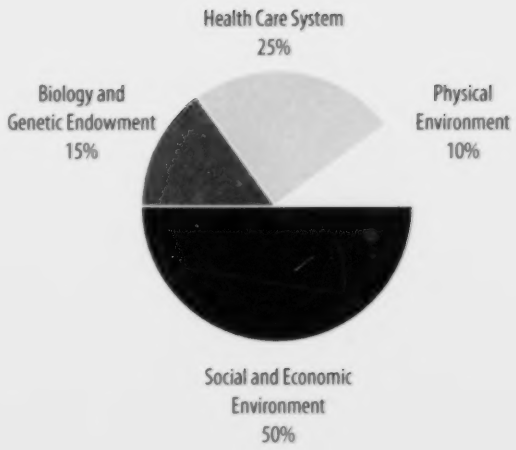


HEALTH AND POPULATION PROFILE

Social Determinants of Health

Social determinants of health (e.g., income, education, social environment) are a significant contributor to the development of disease and the burden of the illness on an individual and their family[1]. Lack of social supports, social exclusion and unhealthy, polluted environments contribute to poor health[2]. Factors such as gender, culture, social status, and ethnicity can be related to issues of social justice, access to services and the risk of becoming ill or developing a disease[1]. Factors that contribute to maintaining health such as adequate income, safe/secure housing and the ability to access affordable transportation are inconsistently considered in the management of illness and disease, yet have a significant impact on clients' ability to effectively manage their care. An effective system of care includes a focus on health promotion and wellness that considers the determinants of health.

Estimated Impact of Determinants of Health on the Health Status of the Population



Source: As cited by MOHLTC (Keast) in presentation April 2006
Estimated Impact of Determinants of Health on the Health Status of the Population

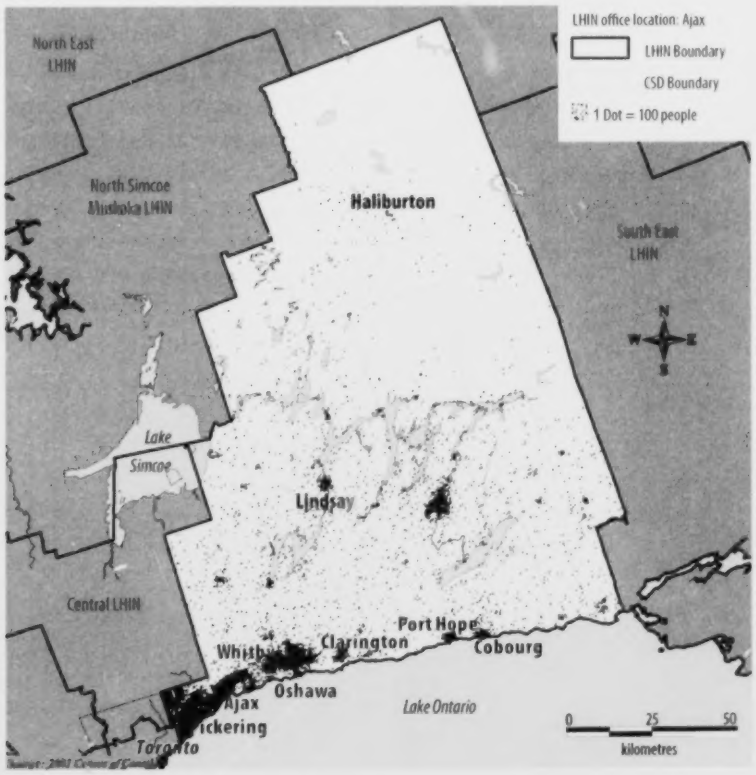
1 Integrated Health Service Plan, November 2006
2 Chronic disease in Ontario and Canada

Social-Demographic Characteristics

	CENTRAL EAST	ONTARIO	LHIN Range
Total population (2006)†	**1,484,300**	**12,687,000**	**238,000 - 1,604,900**
Senior population, age 65+ (2006)†	13.2%	12.9%	9.0 - 16.7%
Population with English mother tongue	74.5%	71.9%	55.7 - 92.2%
Population with French mother tongue	1.5%	4.7%	1.2 - 25.1%
Population who are immigrants	32.0%	26.8%	6.4 - 45.7%
Population who are recent immigrants (arrived between 1996-2001)	5.7%	4.8%	0.3 - 9.7%
Population who are visible minorities	30.2%	19.1%	1.3 - 38.8%
Population of Aboriginal identity	0.9%	1.7%	0.3 - 13.9%
Labour force participation rate (age 15+)	66.3%	67.3%	60.0 - 72.0%
Unemployment rate (age 15+)	6.7%	6.1%	5.0 - 9.8%
Population in low income	14.8%	14.4%	10.0 - 22.3%
Families (with children) headed by a lone parent	24.4%	23.4%	19.4 - 30.0%
Population (age 20+) with less than grade 9 education	7.7%	8.7%	6.3 - 12.0%
Population (age 20+) without high school graduation certificate	26.5%	25.7%	19.2 - 33.4%
Population (age 20+) with completed post-secondary education	46.2%	48.7%	42.4 - 55.8%

Source: †2006 Population estimates. MOHLTC Provincial Health Planning Database. Remaining indicators based on 2001 Census of Canada.

Population Map



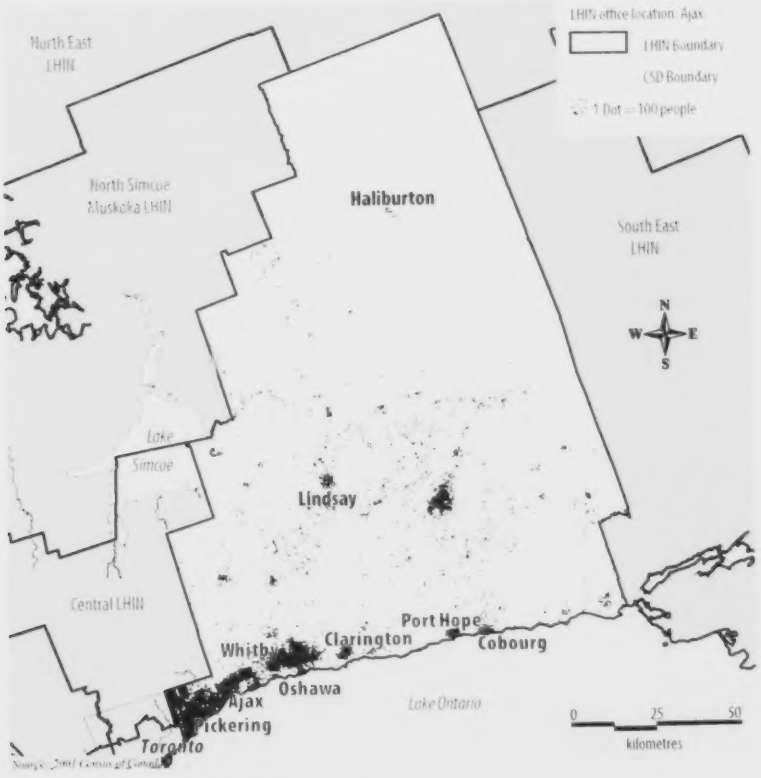
Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

Social-Demographic Characteristics

	CENTRAL EAST	ONTARIO	LHIN Range
Total population (2006)[1]	**1,484,300**	**12,687,000**	**238,000 - 1,604,900**
Senior population, age 65+ (2006)[1]	13.2%	12.9%	9.0 - 16.7%
Population with English mother tongue	74.5%	71.9%	55.7 - 92.2%
Population with French mother tongue	1.5%	4.7%	1.2 - 25.1%
Population who are immigrants	32.0%	26.8%	6.4 - 45.7%
Population who are recent immigrants (arrived between 1996-2001)	5.7%	4.8%	0.3 - 9.7%
Population who are visible minorities	30.2%	19.1%	1.3 - 38.8%
Population of Aboriginal identity	0.9%	1.7%	0.3 - 13.9%
Labour force participation rate (age 15+)	66.3%	67.3%	60.0 - 72.0%
Unemployment rate (age 15+)	6.7%	6.1%	5.0 - 9.8%
Population in low income	14.8%	14.4%	10.0 - 22.3%
Families (with children) headed by a lone parent	24.4%	23.4%	19.4 - 30.0%
Population (age 20+) with less than grade 9 education	7.7%	8.7%	6.3 - 12.0%
Population (age 20+) without high school graduation certificate	26.5%	25.7%	19.2 - 33.4%
Population (age 20+) with completed post-secondary education	46.2%	48.7%	42.4 - 55.8%

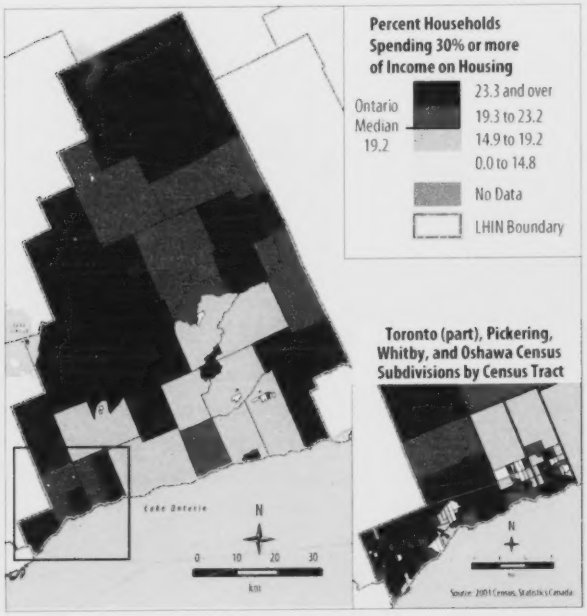
Source: [1]2006 Population estimates, MOHLTC Provincial Health Planning Database. Remaining indicators based on 2001 Census of Canada.

Population Map



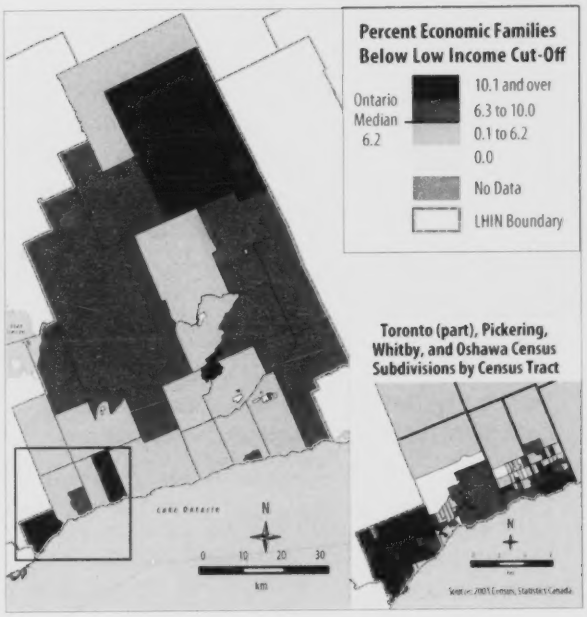
Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

% Households Spending 30% or more of income on Housing



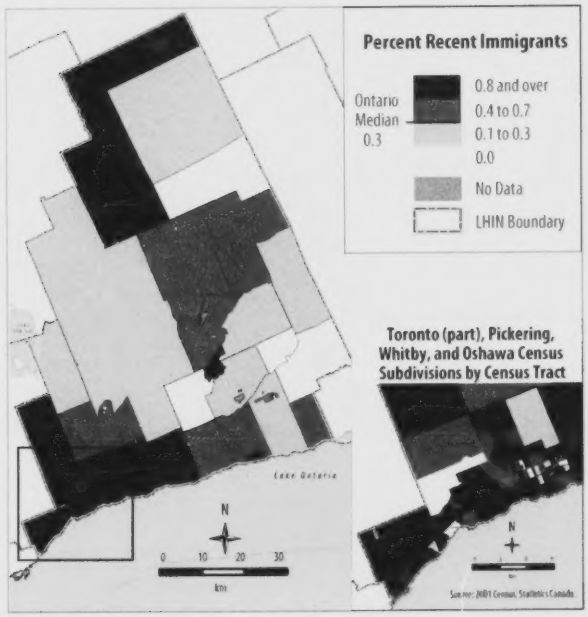
Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

% Economic Families Below Low Income Cut-Off



Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

% Recent Immigrants



Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

COMMUNITY ENGAGEMENT PROPELS THE CENTRAL EAST LHIN

The activities of the Central East LHIN are supported by the commitment, knowledge and passion of hundreds of local individuals participating on our Planning Partnerships. These Partnerships were established as a result of the Central East LHIN Framework for Community Engagement and Local Health Planning, and include LHIN-wide **Networks**, local Planning and Engagement **Collaboratives** and topic-specific **Task Groups** or **Working Groups**.

Planning and Engagement Collaboratives (9)

A Collaborative is a local advisory team consisting of 9 to 15 people who provide and/or receive health care services in a specific community. Collectively, these teams approximate the continuum of the health care system with members from primary care, hospitals, community services, mental health and addiction services, long-term care, physicians, and pharmacists. Local residents interested in the public health care system are also participating.

LHIN-wide Networks (3)

Like Collaboratives, Network membership represents the continuum of health care services. Unlike the Collaboratives, however, Networks bring together a single team from across the LHIN on a specific priority area identified in the IHSP. For the most part, Networks are the generative bodies for new strategic directions that will improve service integration and quality of care for their priority communities.

Networks are guided by a steering committee of 12 to 15 individuals with specific interests and skills related to the priority. The steering committee acts as a conduit between the LHIN and the broader Network – which can also be defined as a community of interest. The broader Networks are not limited in their size.

Task Groups/Working Groups

Task groups are time-limited action teams established to address common issues or opportunities common to the Networks (i.e., priority areas) and Collaboratives. They consist of members with specific expertise related to the subject, and are drawn from all corners of the Central East LHIN. For example, the Primary Care Working Group consists of physicians, nurses and other allied health professionals that serves as a leading primary care resource on issues related to our health care priorities. In 2007-08, over 74 health care experts were engaged through various Task Groups or Working Groups.

The Collaborative and Network membership and involvement in local health planning continued to grow in 2007-08, while new Task Groups were formed based on the direction of the Integrated Health Service Plan, including:

- Emergency Department Performance Task Group
- Alternate Level of Care Task Group
- Rehabilitation Services Task Group
- Primary Care Working Group
- eHealth Steering Committee

The Central East LHIN First Annual Symposium: Planning to Action!

In June of 2007, the Central East LHIN invited planning partners, community residents and health care providers from across the entire region to a three day "Planning to Action" Symposium at the University of Ontario Institute of Technology (UOIT) in Oshawa. The event was an overwhelming success with over three hundred in attendance at the opening night reception. In addition over two hundred planning partner volunteers participated in workshops and planning meetings on the following days. Not only were these workshops intended to support our planning partners with information and tools to assist their efforts, it was also used as an opportunity to set priorities for the coming year.

Symposium participants were asked to prioritize activities found within the Integrated Health Service Plan. Knowing the importance of all of these IHSP activities – because the public told us directly – the prioritization was based less on what participants thought was important, and more on what they were prepared to commit themselves to make happen. in other words, who was prepared to lead? who was prepared to implement? This prioritization of commitment resulted directly in the first wave of Priority Project Charters funded through the Central East LHIN Urgent Priorities Fund.

"The three days I spent at the Symposium verified for me that this new direction and path that LHINs have created is the path that is going to lead to a successful, integrated and transparent health care system." Symposium Participant

A summary of the accomplishments and activities of the Planning Partners and their Priority Project Charters is provided later under the heading "Making Progress on the Integrated Health Service Plan."

Engaging our Francophone and Aboriginal Communities

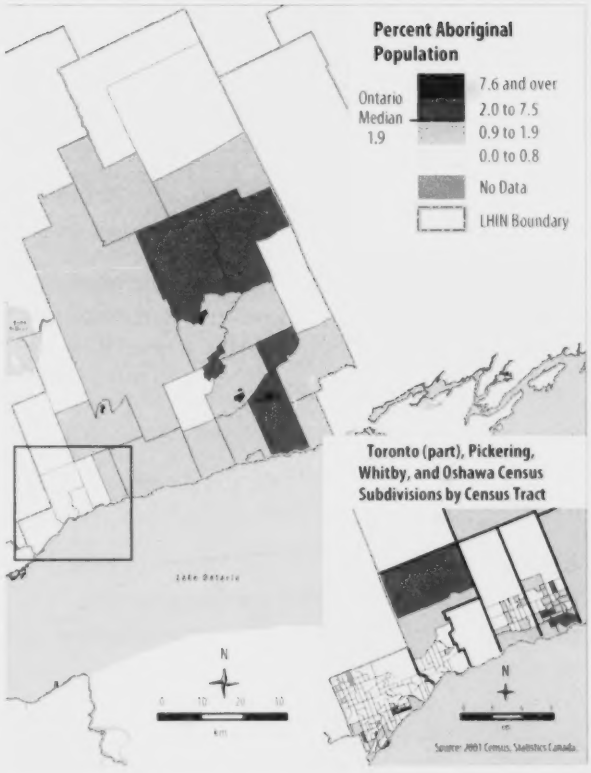
Recognizing our cultural and social heritage, the Central East LHIN continues to explore meaningful ways to engage our Francophone and Aboriginal Communities.

Central East LHIN staff participate in a Greater Toronto area French Language Health Services Planning and Support Committee. This committee brings together the five GTA LHINs, local health service providers and planners in an effort to improve the coordination and access to French language services. Complementing this initiative, the Central East LHIN identified the establishment of a Francophone Planning Collaborative within its Integrated Health Service Plan. This planning partnership will incorporate the perspectives and expertise from across the Central East LHIN in order to address local challenges and opportunities. The planning to set up this Collaborative began in 2007-08, and will be implemented in the upcoming year.

Similarly, the Central East LHIN has been reaching out to local First Nations and Aboriginal communities to identify opportunities for better communication and collaborative planning. Central East LHIN staff have met with local Aboriginal Leaders to discuss the potential for an Aboriginal "health council" whose mandate would be largely self-determined by Aboriginal persons to best reflect their cultural, linguistic, spiritual and healing traditions. These efforts will be supported through new provincial funding available to the Central East LHIN targeted for this purpose.

In the absence of these formal mechanisms for community engagement, the Central East LHIN continues to pursue opportunities to improve access to health care services for Aboriginal peoples. This includes an innovative **Chronic Kidney Disease Early Intervention and Outreach program**. This program, funded through the LHIN Urgent Priorities Fund, will be delivered by the Peterborough Regional Health Centre with the goal of identifying populations at-risk for kidney disease, with a specific focus on the Curve Lake First Nation.

% Aboriginal Population



Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

MAKING PROGRESS ON THE CENTRAL EAST LHIN INTEGRATED HEALTH SERVICE PLAN

Health Care Priority

Seamless Care for Seniors

Community Engagement

Steering Committee: 13 persons
Network Membership: 180 persons and/or agencies.

Activities

This year marked significant promise for improving the system of care and supports for seniors and their caregivers in Central East.

The Network's Steering Committee, chaired by Dr. John Peto (Rouge Valley Health System), led the creation of a draft Planning Framework for seniors which has since been adopted as a common template by the Steering Committees of the Chronic Disease Prevention and Management and Mental Health and Addictions Networks. This is just one example that highlights the important synergies between these three Health Interest Networks.

The LHIN's June 2007 Symposium provided the backdrop for our communities to identify the LHIN's first priorities to action from the Integrated Health Service Plan (IHSP) - and the direction was clear for the seniors' portfolio. Our communities want action in areas such as community support services, caregiver supports, supportive housing and transportation. The LHIN and its planning partners in the community set to work in establishing Priority Project Charters for these, and other, IHSP priorities.

This activity was further heightened in the fall when the Honourable George Smitherman, Minister of Health and Long-Term Care announced the "**Aging at Home Strategy.**" This Strategy is intended to enable seniors to maintain their independence in the community for as long as possible, with dignity and respect. Central East LHIN will, over the three years of the Strategy, invest over $20M into community supports for seniors and their caregivers. The first year's allotment of $4.6M is targeted and aligned to the three priority areas identified above: community support services, caregiver supports and supportive housing. There is much excitement across the LHIN on the opportunities, through partnerships and innovation that will leverage this landmark investment!

The Central East LHIN extends congratulations to the **Geriatric Emergency Management (GEM) Project Team** of the LHIN. This team, with funding made available through the Province's ***"Emergency Department Support Fund"***, successfully recruited, hired, trained and mentored five new GEM nurses for five Emergency Departments across Central East! This project, one of the LHIN's first examples of how working collectively really does make a difference, is laying a solid foundation for an improved system of geriatric care within the LHIN. This project was aptly managed and well linked to the Regional Geriatric Program of Toronto. Despite being in early stages of development, over 800 frail seniors visiting Central East hospital emergency departments were seen by these GEM nurses in 2007-08.

Other Seamless Care for Seniors/Aging at Home Priority Projects initiated in 2007-08:

Supportive Housing Priority Project that will:

- Establish an on-line inventory of supportive housing services in Central East;
- Research, explore and recommend best practice models/ approaches to supportive housing;
- Develop a fair, transparent and supportable basis for determining where supportive housing should be available/ enhanced in Central East;
- Identify the barriers and offer potential solutions to the uptake of supportive housing;
- Explore, document and recommend best practice approaches to intake and assessment for supportive housing that is more integrated and client centred;
- Develop a means of collaborative exchange of resource information, training opportunities and best practice models for service providers of supportive housing; and
- Raise awareness of supportive housing as a critical component of the continuum of care.

Community Support Services Review Priority Project in order to:

- Assess current Community Support Service (CSS) infrastructure and resources (i.e. what do we have now and what do we need?);
- Recommend where to invest in the CSS sector by geography and service type;
- Identify barriers and opportunities to investing in the CSS sector, including innovative initiatives;
- Recommend strategies for enhancing integration both within the CSS sector and with the broader systems of health and human services.

Caregiver Supports Priority Project aimed to:

- Guide investments to strengthen the caregiver support system in CE LHIN including a Best Practices review (agencies/literature) and design of an Evaluation process; and
- Design and implement a pilot Caregiver Support Resolution program to respond to and resolve complex and problematic care giving situations.

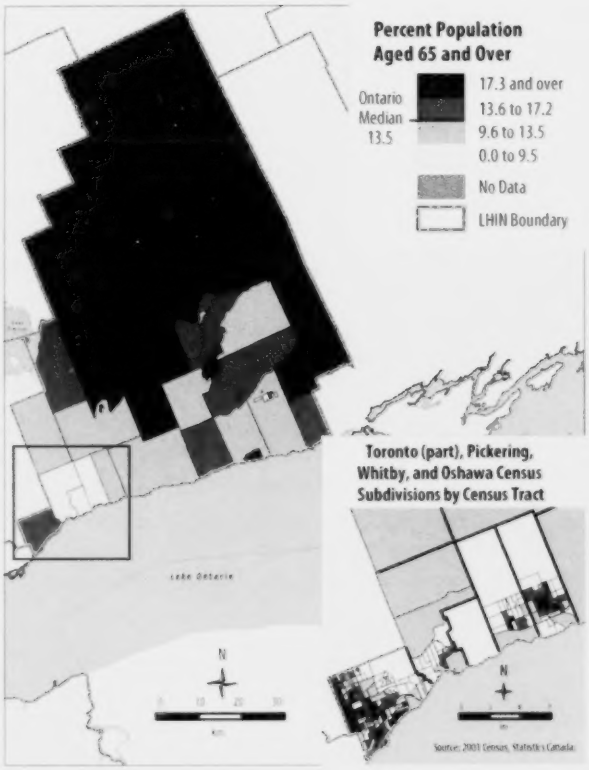
Rural Transportation Priority Project that will:

- Conduct an environmental scan on rural transportation services provided by the five Community Cares in Central East as well as a profile of other successful models (Ontario based) worthy of exploring.

Central East LHIN-wide Home at Last (HAL) Priority Project that:

- will assist frail seniors and other vulnerable, isolated individuals with safe and supported transition from hospital to community. This will be achieved by providing a "wrap around" service at the time of hospital discharge. This service, geared to the specific needs of the individual and family, may include transportation home, having a Personal Support Worker assist with picking up medications at the pharmacy, getting the individual settled at home, preparation of light meals, light housekeeping, initial home safety check as well as a follow-up telephone call within 1 week.

Percent Population Aged 65 and over



Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

Aug 24, 2007

Central East LHIN approves 42 new supportive housing spaces in Peterborough

The Central East LHIN Board of Directors approved funding for assisted living supports to 42 new supportive housing spaces in Peterborough, part of the St. Peter's and Marycrest redevelopments.

Health Care Priority

Chronic Disease Prevention and Management

Community Engagement

Steering Committee: 15 persons
Network Membership: 80 persons and/or agencies.

Chronic Disease Facts:

Among residents in the Central East LHIN, cancer, diabetes, depression, heart disease, hypertension, stroke, asthma, COPD and arthritis accounted for:

- 1 out of 4 inpatient hospital separations
- 1 in 10 emergency department visits
- 1 in 5 visits to general practitioners or family physicians

36% of Central East LHIN residents had one of the above chronic conditions. Arthritis and hypertension are the most prevalent.

Activities

The CDPM Network's mission statement is instructive: "Together we will create a system that promotes health, prevents and manages chronic disease through effective coordinated planning, delivery of best practices and continuous improvement." Initial priority disease conditions include vascular/stroke, chronic kidney, diabetes, arthritis and respiratory.

The 15-member Network Steering Committee is co-chaired by Dr. George Buldo, a Nephrologist (Lakeridge Health Corporation) and Dr. Don Harterre (Lead Physician, Peterborough Family Health Team). Network Membership has grown to 80 individuals/agencies with various perspectives on CDPM from consumer and caregivers to pharmacy and recreation therapy.

To increase opportunities for information and collaboration, the Steering Committee launched a web-based Network Members Home Page. The Home Page is a key vehicle for communication of messages from the Committee, new disease management resources, and educational opportunities. Through the Home Page, Network members provided input to the Lung Associations' Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) strategy.

Network activities focus on strategies to action the provincial CDPM Model. Through supporting productive interactions and relationships amongst CDPM stakeholders the following outcomes are being pursued:

- Activated communities and prepared proactive community partners;
- Informed, activated individuals and families;
- Prepared, proactive practice teams.

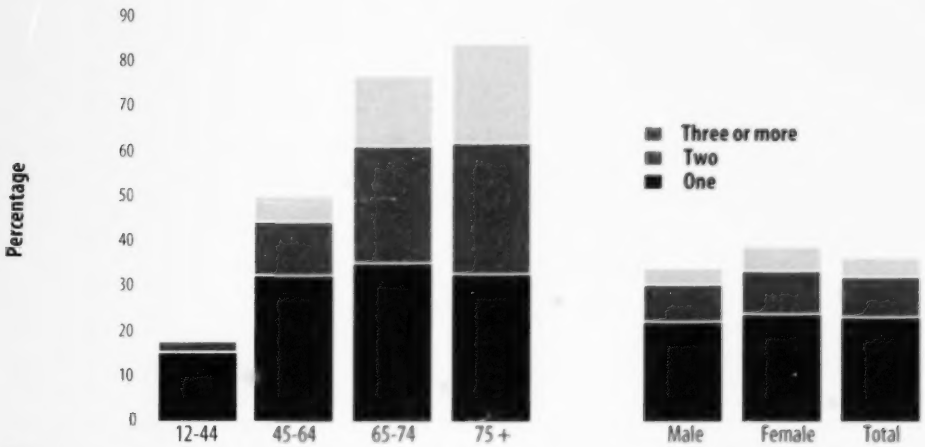
The Central East LHIN CDPM Planning Framework articulates a local Mission, Guiding Principles and relates the IHSP actions to the key components of the CDPM model. The Framework encourages pursuit of integration opportunities to create one-stop coordinated access to screening, education and self-management support across multiple disease programs.

Accomplishments

Priority Projects from this Network are advancing several components of the CDPM Model.

Provider Decision Support: Diabetes
The newly formed CE LHIN Diabetes Network is guiding the **Strengthening Diabetes Care: Clinical Practice Guidelines 2008 Uptake** project. This initiative will improve awareness of diabetes, local resources and best-practice care.

Population aged 12+ reporting one, two or three or more of selected chronic conditions, by age groups and sex, Ontario, 2005



Source: 2005 Canadian Community Health Survey, Statistics Canada, Ontario Share File.

Delivery System Design: Stroke

The **Unified Central East Stroke System** initiative led to the endorsement from the Ontario Stroke Steering Committee for a province-wide examination of the alignment of the OSS boundaries to LHIN boundaries and development of a District Stroke Centre to serve Durham Region. This project identifies the need for improved access to t-PA, particularly in Durham Region, the need for a fulsome continuum of stroke care and expansion of tele-stroke support. This project was also supported by the Northumberland-Havelock Collaborative.

Delivery System Design: Chronic Kidney Disease

Durham, Scarborough and Haliburton Kawartha Pineridge (HKPR) renal programs have formed the **Central East LHIN Regional Renal Network**. The Network is partnering with other disease providers to pursue strategies to align programs and ensure quality renal care for residents through:

- consistent service components, costing metrics, quality indicators and reporting methodologies;
- development of a LHIN emergency/contingency plan for dialysis and a transplant follow-up clinic, and;
- a demand-capacity plan for dialysis services.

Chronic Disease Facts:

50% of Central East LHIN residents (aged 12+) were physically inactive and over 40% of those aged 18+ were either overweight or obese.

The Regional Renal Network is leading a **Chronic Kidney Disease Early Intervention and Outreach** program. Strategies include early identification and supports to delay or prevent the progression to dialysis such as self-management, education and condition monitoring. The diverse needs of rural and cultural communities and the reality of co-morbid conditions will be addressed.

Personal Skills and Self-Management

The CDPM Network led the introduction of a consistent **Chronic Disease Self-Management Model (Stanford Model)** for the Central East LHIN. The initiative will engage consumer/caregiver and health service providers in education and leader training. This program was supported by the Durham North Central Collaborative.

Health Public Policy

The Steering Committee hosted the Ontario Health Quality Council and staff for a discussion on Central East LHIN CDPM initiatives. LHIN progress was applauded and OHQC support for pursuit of quality of care and outcome monitoring was received.

Jan 31, 2008

$3.2 Million Chronic Disease Funding targets Kidney Disease, Diabetes and Self Management

With chronic disease having a significant impact on residents and health care providers in the Central East LHIN, the board of the Central East LHIN has approved and funded three priority projects focused on improving care for chronic disease patients and their families.

Health Care Priority

Mental Health and Addictions Steering Committee

Community Engagement

Steering Committee: 15 persons

Network Membership: 100 persons and/or agencies.

Activities

2007/2008 was an active year for the Mental Health and Addictions Steering Committee. In April of 2007 the Steering Committee was reconstituted to mirror the composition and structure of the Steering Committees for the other LHIN priorities, and to be more closely aligned with the planning processes of the LHIN.

Mental Health and Addictions Facts (Ontario):

- 36,485 individuals were treated in non-residential and 8,392 in residential treatment programs for substance abuse (2006-07)
- Nearly 22% of Community Care Access Centre clients had a mental health diagnosis. Among clients with a mental health diagnosis and a defined service goal, 85.7% had a goal of in-home service, while 14% had a goal of residential treatment (2005-06)
- There were 189,283 emergency department visits in Ontario hospitals for mental health conditions
- Mental health conditions accounted for 108,286 alternate level of care days

The broader network membership selected Dr. Peter Prendergast (Whitby Mental Health Centre) and Donna Rogers (Four Counties Addictions Services) as co-chairs for the Steering Committee. The membership of the Steering Committee was selected after an extensive volunteer application process and includes 16 agency, professional and consumer members from across the LHIN. During the year the MHA Steering Committee met a number of milestones by establishing priorities within the MHA sector, reviewing and endorsing several LHIN Priority Projects and providing input to several other projects including the ED and ALC Task Group reports.

In addition, the Steering Committee has drafted a planning framework for endorsement by the Mental Health and Addictions Network and held an initial planning/engagement meeting for the broader network of 100 members.

Accomplishments

Several key Mental Health and Addiction Priority Projects were moved forward in 2007 through the use of Central East LHIN Urgent Priority Funding, including:

- **Early Intervention for Youth Strategy with Mental Health and/or Addictions Needs**
- **Addictions Environmental Scan**
- **Disordered Eating**
- **Cultural, Diversity and Equity Priority Project**

Acute Mental Health Separations, Days & Average Length of Stay (ALOS), Central East & Ontario Hospitals

Hospitals	Separations	Acute		Total	
		Days	ALOS	Days	ALOS
Durham					
Lakeridge Health-Bowmanville	48	186	3.9	253	5.3
Lakeridge Health-Oshawa‡	1,184	13,465	11.4	14,696	12.4
Lakeridge Health-Port Perry	31	234	7.5	418	13.5
Markham Stouffville-Uxbridge Site	32	183	5.7	183	5.7
Rouge Valley Health System-Ajax Site‡	645	6,763	10.5	7,652	11.9
Haliburton					
Haliburton Highlands Health Services-Haliburton	12	78	6.5	78	65
Kawartha Lakes					
Ross Memorial	116	1,175	10.1	1,392	12.0
Northumberland					
Campbellford Memorial	72	537	7.5	1,051	14.6
Northumberland Hills	98	503	5.1	668	6.8
Peterborough					
Peterborough Regional Health Centre‡	905	11,664	12.9	12,948	14.3
Toronto					
Rouge Valley Health System-Centenary‡	1,379	13,263	9.6	13,418	9.7
Scarborough Hospital-Grace Site‡	840	8,915	10.6	9,678	11.5
Scarborough Hospital-Scarborough General Site‡	1,028	8,022	7.8	8,932	8.7
Total Central East	**6,390**	**64,988**	**10.2**	**71,367**	**11.2**
Ontario	**57,683**	**621,495**	**10.8**	**696,049**	**12.1**

Source: Inpatient Discharges data, MOHLTC, Provincial Health Planning Database, 2004/05.
‡Had acute psychiatry beds as at March 31, 2005.

Health Care Priority

Wait Times and Critical Care

The Central East LHIN continued to make progress on the reduction of priority area wait-times throughout fiscal year 2007/08. Priority Areas are:

- Cancer Surgery
- Cardiac Surgery (Angioplasty and Angiography)
- Cataract Surgery
- Hip and Knee Total Joint Replacement
- MRI/CT Scan

For example, the 90th percentile wait-time for Cataract Surgery across the Central East LHIN reduced from 222 days in 2006/07 to 140 days in 2007/08. Similarly, 90th percentile wait-times for Hip and Knee Replacements reduced 13 days year-over-year (to 258 days) and 17 days year-over-year (to 284 days) respectively. More modest reductions in wait-times for CT Scans were achieved year-over-year as well (down 4 days to 52 days). Additionally, waits for Cancer Surgery reduced to 48 days (down 24 days in total) from the previous annual level.

These reductions in wait-times can be attributed to the hard work and ongoing commitment of our service providers that all openly offer their expert counsel with regards to volume allocations and reallocations processes, data quality improvement initiatives and methodology refinement.

On the other hand, in-line with broader Provincial trends, wait-times for MRI Scans continued to be a problem area in the Central East LHIN. In fact, the 90th Percentile wait-times for MRI Scans across the Central East LHIN in 2007/08 increased 21 days (to 112 days). In order to improve MRI wait-times, the Central East LHIN is advocating for the approval of additional MRI equipment within our boundaries.

Going forward, particularly as the Central East LHIN's wait-times strategy continues to evolve, the Wait Times Working Group's involvement will become critical in pressing for changes to practice and overall system optimizations and quality improvements. Just for example, the data quality review will result in a plan to cleanse wait lists of inaccuracies that skew wait-time data upwards. Also, the group will attempt to shift away from systems monitoring towards one of systems management which, in turn, is likely to breed innovation.

Wait Times Performance Summary

Service	90% of all Cases Completed Within					
	in Days			Current vs. Previous		
	Previous Year (April 2006-March 2007)	Current Year (April 2007-February 2008)	Provincial Access Target*	Net Change (in days)	Percent Change	LHIN Rank**
Cancer Surgery	72	48	84	-24	-33.3%	2
Cardiac Surgery						
Angiography	18	15	-	-3	-16.7%	2
Angioplasty	13	6	-	-7	-53.8%	3
Cataract Surgery	222	138	182	-84	-37.8%	12
Hip Replacement	271	264	182	-7	-2.6%	11
Knee Replacement	301	283	182	-18	-6.0%	8
MRI	91	113	28	22	24.2%	8
CT Scan	56	52	28	-4	-7.1%	10

** Priority Level 4 Access Target*

*** LHIN Rank (1=shortest, 14=longest) indicates how the LHIN's current value compares against all other LHIN's in the province.*

Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

Wait Times: Emergency Departments

Consistent throughout our community engagement process, local residents asked us to address the issue of wait times in local hospital emergency departments.

In the spring of 2007, the CE LHIN together with local hospital leadership formed the Emergency Department (ED) Task Group with the mandate to "examine internal hospital practices and strategies that will improve Emergency Department efficiency and reduce wait times." This included patient flow practices, physician resources, team approaches to patient care, access to diagnostic services, ambulance off-load times and on-call coverage. The ED Task group was comprised of a diverse group of 17 members from a variety of health care providers and management staff from hospitals and related agencies across the Central East LHIN. Membership was selected after an extensive volunteer application process. The group selected Dr. Tom Stavro-Sholdoff (Rouge Valley Health System) as its chair and Debbie Watson (Haliburton Highlands Health System) as its vice-chair.

Through a two day project management training session sponsored by the Central East LHIN and hosted by Durham Region Emergency Medical Service, a charter was developed collaboratively by the ED Task Group, which identified the following components:

ED Task Group Vision:

"The Best Emergency Care Everywhere!"

Problem:

Increasing patient flow times for entering, treating and discharging patients through CE LHIN EDs and increasing staffing pressures.

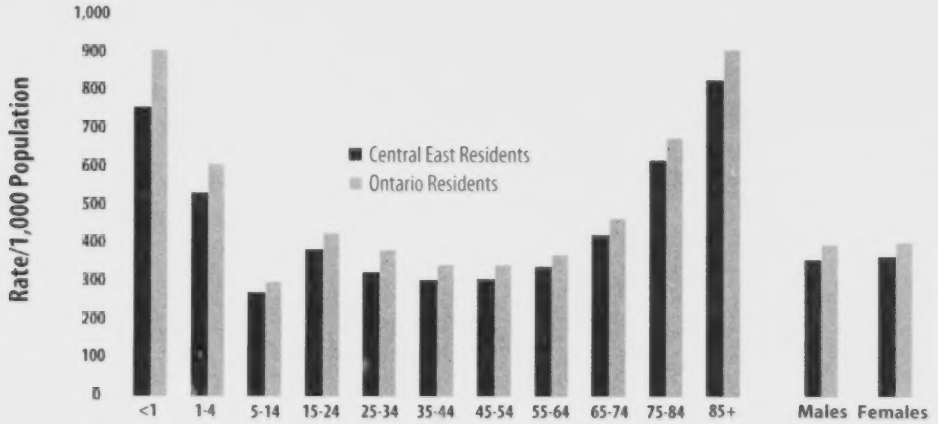
Opportunity:

To improve quality of care and patient flow and reduce wait times and staffing pressures in the ED.

Mandate:

To examine internal hospital practices and strategies that will improve Emergency Department efficiency and reduce wait times.

Age- and gender-specific emergency department visit rates, Central East & Ontario residents



Sources: Ambulatory Visits Data, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Provincial Health Planning Database; Population Estimates, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Emergency department visits by hospital, Central East & Ontario

Area	Hospital	ED Visits
Durham	Lakeridge Health-Bowmanville	32,406
	Lakeridge Health-Oshawa	70,968
	Lakeridge Health-Port Perry	13,871
	Markham Stouffville-Uxbridge Site	12,632
	Rouge Valley Health System-Ajax Site	45,156
Haliburton	Haliburton Highlands Health Services-Haliburton	13,722
	Haliburton Highlands Health Services-Minden	13,998
Kawartha Lakes	Ross Memorial	44,541
Northumberland	Campbellford Memorial	19,956
	Northumberland Hills	27,445
Peterborough	Peterborough Regional Health Centre	85,006
Toronto	Rouge Valley Health System-Centenary	46,224
	Scarborough Hospital-Grace	36,966
	Scarborough Hospital-Scarborough General	54,650
Total Central East		**517,541**
Ontario		**5,036,990**

Source: Ambulatory Visits Data, Ontario Ministry of Health and Long-Term Care, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Client:

Patients

Benefits:

- Decrease ED Wait Times for Emergency Care including Off-Load Times
- Improve patient flow
- Increase patient satisfaction / Increase staff satisfaction
- Increase quality of care

Intangible Benefits of ED Task Group process:

Buy-in, support, commitment, affiliation, collaboration, integration, team building, sense of common purpose between hospital emergency departments, physicians and front-line staff.

The Task Group met over 20 times in 07/08 to develop the final report with recommendations and an implementation plan which is being prepared for completion in early summer, 2008. As part of its consultation process for the final report and recommendations, various members of the Task Group presented to planning partners across the LHIN including Collaboratives, other Task Groups and Working Groups and the Mental Health and Addictions and Seamless Care for Seniors Network Steering Committees.

Wait Times: Alternate Level of Care Task Group

Another area of growing concern for hospitals and local residents is Alternate Level of Care (ALC). An individual is considered to be ALC when, having completed their hospital or acute care treatments, they are unable to be discharged from the hospital due to a lack of accessible and appropriate community services (for example, long-term care, rehabilitation services, or home care). Not only are these clients not receiving the right care in the right place, but their pro-longed hospital stay is creating challenges in providing timely access to new patients requiring hospitalization.

The sentinel 'Percentage of ALC Days' indicator continues to trend negatively across the Central East LHIN just as in the rest of the province. Given this increasing challenge, the Central East LHIN together with local hospital leadership established the Central East ALC Task Group. This Task Group is a collaboration of 16 organizations involved in providing health care in the home, in the hospital, in long term care, and in sub-acute care settings. The ALC Task Group membership was selected after an extensive volunteer application process and includes hospitals (general and tertiary), the Central East Community Care Access Centre, long-term care homes and community support services. The Task Group was chaired by Sheila Neuburger (Whitby Mental Health Centre) and vice-chaired by Glyn Boatswain (Rouge Valley Health System). The Task Group met over 20 times throughout 07/08 and attended a two-day project management training session in the summer of 2007 to develop a project charter.

The **overall purpose** of the ALC Task Group recommendations is to achieve better outcomes for patients who are waiting for alternate levels of care while in acute care hospitals. Better outcomes include:

- more timely moves to appropriate levels of care and fewer days waiting in hospital,
- earlier assessment of long term care needs and earlier involvement of patient and family in discharge planning, and
- enhanced community supports so that people may live in their own homes for longer periods.

Alternate Level of Care (ALC) Separations, Days, & Average Length of Stay (ALOS) by Area of Residence, Central East and Ontario Residents

Area of Residence	ALC		
	Separation	Day	ALOS
Durham	1,548	19,345	12.5
Haliburton	19	275	14.5
Kawartha Lakes	160	1,813	11.3
Northumberland	343	2,679	7.8
Peterborough	177	5,294	29.9
Toronto	1,254	15,602	12.4
Total Central East	**3,501**	**45,008**	**12.9**
Ontario	**38,912**	**565,640**	**14.5**

Source: Inpatient Discharges data, MOHLTC, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

The **vision** developed by the Task Group:
Right Care, Right Place, Right Time

We envision a proactive system approach to ensure client/patient access to the right level of care at the right time and the right place with the right resources.

The ALC Task Group has drafted over 50 recommendations that have the potential to reduce the ALC volumes by up to 50% over the next few years recognizing that current ALC data underestimates the 'true' number of patients not receiving care in the right place and extends beyond acute care beds. Completion of the final report and implementation plan is targeted for early summer, 2008.

As part of its consultation process for the final report and recommendations, various members of the Task Group presented to planning partners across the LHIN including Collaboratives, other Task Groups and Working Groups and the Mental Health and Addictions and Seamless Care for Seniors Network Steering Committees.

Critical Care

The Central East LHIN is served by eight hospitals that provide Level III or Level II critical care services. There are four large hospital corporations which serve as the hubs for critical care in the Central East LHIN: 1. The Scarborough Hospital; 2. Rouge Valley Health System; 3. Lakeridge Health; 4. Peterborough Regional Health Centre. Services currently not provided in the Central East LHIN that impact critical care include neurosurgery, cardiac surgery, advanced trauma and burn care as well as a chronic ventilation unit.

The Central East LHIN Integrated Health Service Plan outlined this LHIN's continued involvement in the provincial Critical Care Strategy. In 2006 the Central East LHIN Critical Care Network was established. This LHIN's goals were identified in the context of a vision where the network would provide "the right care to the right patient at the right time in the right place" and to have the Central East LHIN's critical care resources working together to "function as a single system of critical care." In particular to this region, three goals were established in the Integrated Health Service Plan:

1. Intensivist-Led management model uptake at Level III ICUs (Rouge Valley Health System, Lakeridge Health, and Peterborough Regional Health Centre).
2. Health-human resource assessment.
3. "Always open" bed concept with a view to better manage local residents' critical care needs within the region, where appropriate.

Through the leadership of the Central East LHIN Critical Care Lead, Dr. Howard Clasky (The Scarborough Hospital), this region has made significant gains in improving critical care services. Notably:

- The Central East LHIN is organized as a critical care network.
- All Level III ICUs (RVHS, LHC, PRHC) are now Intensivist-Led. This is a critical success for the LHIN, health care providers and our patients.
- Northumberland Hills Hospital's Level II ICU is organized as a closed model. This is a significant success story but efforts must be made to ensure its sustainability.
- Three additional Level III beds have increased the ICU/CCU capacity at Rouge Valley Ajax Pickering hospital. Lakeridge Health Oshawa has increased to 18 Level III beds. The total number of critical care beds has increased from 128 to 133.
- ORNGE (a provincial transport service) is in the process of placing a critical care transport ambulance base in Peterborough. This will facilitate inter-facility transfers in the eastern part of the LHIN. Prior to this ambulances would only go as far as Lakeridge Health Oshawa.
- The Critical Care Response Team (CCRT) consists of health care providers who bring critical care expertise to the patient's bedside outside the ICU. A CCRT is functioning at The Scarborough Hospital (General site). A nurse-led CCRT has been implemented and internally funded by the Ross Memorial Hospital, and the Central East LHIN applauds this enhanced commitment to quality patient care!

Apr 20, 2007

Ontario Government invests in more critical care beds

The Ontario government is investing $1.5 million so that patients will have better access to critical care services at the Ajax Pickering site of the Rouge Valley Health System.

Enabler

Primary Health Care

The best primary health care everywhere.

Community Engagement

Primary Care Working Group: 17 persons spanning the continuum of primary health care services from across the Central East LHIN.

Activities

Primary health care is frequently the first entry point to the health system for many people. Improving access to primary care services, through better integration and coordination, is a fundamental component to creating an integrated health system. The LHIN recognizes primary care as an essential cornerstone of an effective, robust health care system and the critical importance of engaging primary care providers to achieve integrated care for patients.

With the exception of Community Health Centres, much of the physician-based primary care system lies outside the accountability and funding framework of LHINs. However, making progress in our priority areas requires the development of integrated solutions and partnerships with primary care providers. There is a particular need to integrate hospital care with community-based primary health care.

To this end, the Primary Care Working Group (PCWG) was established as an on-going expert advisory body for the implementation of Integrated Health Service Plan priorities involving primary care. Membership is reflective of the range of primary care providers, practicing in rural and urban community and hospital settings including Family Health Teams, Family Health Groups, Community Health Centres, long-term care, mental health, pharmacy and public health.

Motivated by their vision "The best primary care everywhere," the PCWG moved forward on its objectives through exploring various innovative opportunities to strengthen primary care. In 2007-08 the Working Group has been developing projects and initiatives designed to: improve access to primary care; apply innovative case management systems to streamline the patient's journey from primary to community to specialist care; and improve access to health assessments to those without a primary care provider.

Creating a strong network amongst primary care providers within the LHIN is a core focus of the PCWG. To this end, steps to form a Primary Care Network have been initiated and the seven Community Health Centres across the LHIN have begun a collaborative and strategic dialogue. The establishment of new accountabilities with CHCs provided the opportunity for the LHIN to support the Community Engagement phase of developing CHCs and the strategic, operational and capital planning of new CHCs.

Accomplishments

Building capacity in primary care through the uptake of e-health solutions was a central objective behind the initiation of the **Timely Discharge Information Systems priority project**. The first phase of the project will improve the timely delivery of patient discharge information from hospitals to primary care providers in Peterborough and Scarborough communities. This will be achieved by reviewing and redesigning the workflow process and e-health systems to facilitate exchange of information. Lessons learned from the pilot will inform the roll-out to other LHIN communities.

Sep 7, 2007

PRIMARY CARE SERVICES TO BE EXPANDED IN CITY OF KAWARTHA LAKES

Today Foster Loucks, Chair of the Central East Local Health Integration Network, announced that the government is increasing access to community-based health care for the residents of the northern part of the Central East region, by awarding a new Community Health Centre to Community Care City of Kawartha Lakes (CKL).

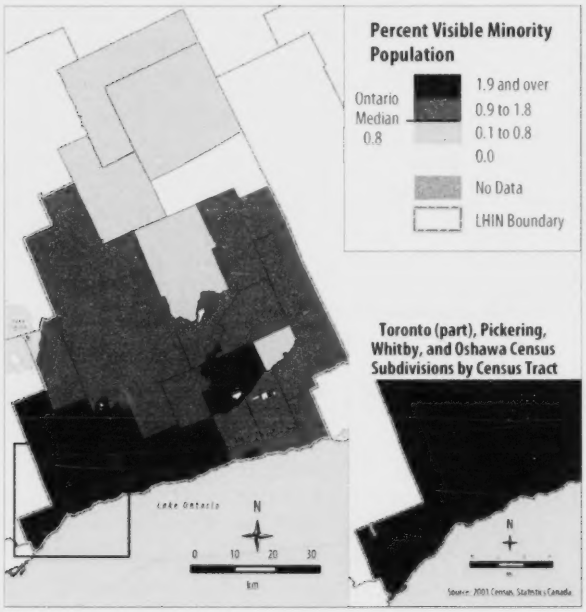
Enabler

Diversity

The Scarborough Agincourt Rouge and Scarborough Cliffs Centre Collaboratives jointly (with input from Durham West Collaborative) sponsored the **Culture, Diversity and Equity Priority Project**. This project was made possible through the use of Central East LHIN Urgent Priority Funding. A project manager has been hired and is formulating a project team and work plan aligned to the terms set out in the project charter. Key deliverables will include the following:

- Develop comprehensive diversity and equity plan for LHIN and health providers
- Will include (as identified in the IHSP) a publicly available list of services presently available to the uninsured and a publicly available inventory of existing culturally appropriate services for population groups

% Visible Minority Population



Source: MOHLTC Health Analytics Branch.

Enabler

Health Services Planning

Community Engagement

In November 2007, over 200 people providing or accessing health care in the CE LHIN came together in a 'Think Tank' to inform future **hospital clinical services planning efforts**. Health system leaders provided important information and suggestions, and identified further research needs to support future models of acute care delivery. The participants envisioned a network of acute care services that would provide the best hospital care everywhere – meaning that wherever a local resident accesses hospital services, they will be accessing the full scope of services provided across the LHIN and, indeed, across Ontario.

Activities

In August 2007, the CE LHIN Board approved the inclusion of the **Hospital Clinical Services Planning Project** as a deliverable within its 2008-2009 Annual Service Plan. The Hospital Clinical Services Plan is consistent with the priorities and objectives as set out in the Integrated Health Service Plan.

A clinical services framework and plan for a 'one acute care network' will create a vibrant and sustainable vision for all CE LHIN community hospitals – large and small. This first phase of the plan will be completed in 2008. Plans for selected services where issues of quality and access are of greatest concern, are the first priority.

It is expected that this framework and plan will:

- Promote improved quality and safety of the health care system
- Accelerate system integration in the hospital system
- Ensure fiscal responsibility of our health system, including ensuring that the hospital system is appropriately resources in the future
- Ensure that quality is in the forefront of LHIN decision making
- Demonstrate transformational leadership and innovation within the entire LHIN

At a minimum, the first five clinical services to be considered will include vascular surgery, thoracic surgery, cardiac care (including PCI), maternal and child health, and mental health and addictions services (including child, youth and family mental health). Other programs may be included based on clinical practices and evidence uncovered through the planning process.

Accomplishments

In recognition of the importance of this initiative to the Central East LHIN health care system, a nation-wide search was conducted to acquire a team of health care experts and planners to assist us as we move forward. A "Request for Proposals" was issued nation-wide and was responded to by several well-established teams across the country. Led by the Central East Community Care Access Centre, the review and evaluation process was conducted by a local panel of experts from LHIN hospitals, physician and community partners.

Enabler

eHealth

Community Engagement

Chaired by Lewis Hooper, Regional Chief Information Officer and eHealth Lead for the Central East LHIN, the E-Health Steering Committee consists of 10 individuals from health care organizations that reflect the urban and rural diversity of the Central East LHIN, a range of health care settings, community health centres, long-term care, hospitals, home care, mental health agencies and primary care.

Activities

The eHealth Steering Committee was formed in the Spring of 2007 to provide leadership in developing and implementing the LHIN-wide eHealth strategy and tactical plan to enable health care providers to leverage the potential of Information and Communications Technology (ICT). This includes the alignment of the Central East LHIN's eHealth vision and strategic direction with the provincial and federal eHealth vision and the directions of other LHINs

Accomplishments

- Created a strategic vision for collaboration across the LHIN by creating an IM/IT Advisory group and an IT Technical Working group
- Set out a Roadmap aligned with other related initiatives within the LHIN
- Data Centre Consolidation Feasibility Study with two other LHINs
- Roll out of the Ontario Laboratories Information System (OLIS)
- Partner in Hospital Diagnostic Imaging Repository Services (HDIRS) PACS Project to share diagnostic images and reports across 33 Ontario hospital sites
- Piloted e-Referrals & Access Tracking Deployment - Client Transfer Collaboration Project (CTCP) Project at The Scarborough Hospital – to implement across all Central East LHIN hospitals
- LHIN Wide Connectivity Upgrade to provide health sector with increased bandwidth according to the individual requirements
- Ontario Drug Viewer, which enables Ontario health care providers in hospital EDs to access drug claims histories of Ontario Drug Benefit (ODB) recipients for better care, piloted at The Scarborough Hospital and expanded to other hospitals in the Central East LHIN
- Implemented an automated electronic payment service that allows individuals using the internet to make online payments.

Enabler

Back Office Transformation

In our Integrated Health Service Plan, the Central East LHIN identified Back Office Transformation as a key enabler to supporting our strategic priorities. Establishing shared services organizations are an example of what is meant by back office transformation.

At its public meeting in February 2007, the Central East LHIN Board reviewed and subsequently approved the first "notification of the intent to voluntary integrate" under the *Local Health System Integration Act* (LHSIA).

This voluntary integration opportunity related to the establishment of a new shared services organization called the **Central Ontario Health Procurement Alliance (COHPA)**. The Alliance will include Peterborough Regional Health Centre, Ross Memorial Hospital and four other public hospitals located outside the Central East LHIN.

Effectively, when organizations agree to share services for support areas such as HR, Payroll and IT, more efficient processes and costs are envisioned. When a group of organizations agree to consolidate these services, they are able to arrange for bulk purchasing discounts. Simply put, the purchasing power of a few organizations is stronger than that of an individual organization and therefore suppliers are willing to discount their products and still maximize profits through the promise of higher sales volume.

Though in use in the private sector for more than a decade, these kinds of arrangements have become more popular in recent years within the public sector. In the Central East LHIN, the Scarborough Hospital, Rouge Valley Health System and Lakeridge Health Corporation are founding members of a shared services organization called Plexxus along with many of the larger teaching hospitals in Toronto.

LHIN OPERATIONS AND GOVERNANCE UPDATE

In keeping with our desire to transparently engage all communities in the Central East LHIN area, open board meetings have and will occur at locations throughout the region. During this reporting period, the Central East LHIN has conducted 6 successful Public Board Meetings (Kawartha Lakes, Scarborough, Minden, Ajax, Oshawa, Pickering) that were observed by approximately 200 residents and local media. The Central East LHIN has established four Board Committees whose meetings are also open to the public. There was one vacancy on the Board at the close of 2007-08.

Beginning in April 2007 and ending on March 31, 2008, the Central East LHIN was staffed by 20 dedicated professionals. Despite the departure of some of the founding members of the Senior Management team, the organization thrived through its unwavering commitment to the LHIN vision and mandate. The team was joined by its new Chief Executive Officer, Deborah Hammons, in November 2007.

Deloitte

Deloitte & Touche LLP
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto ON M2N 6L7
Canada

Tel: 416-601-6150
Fax: 416-601-6151
www.deloitte.ca

AUDITORS' REPORT

To the Members of the Board of Directors of the Central East Local Health Integration Network

We have audited the statement of financial position of the Central East Local Health Integration Network (the "LHIN") as at March 31, 2008 and the statements of financial activities, changes in net debt and cash flows for the year then ended. These financial statements are the responsibility of the LHIN's management. Our responsibility is to express an opinion on these financial statements based on our audit.

We conducted our audit in accordance with Canadian generally accepted auditing standards. Those standards require that we plan and perform an audit to obtain reasonable assurance whether the financial statements are free of material misstatement. An audit includes examining, on a test basis, evidence supporting the amounts and disclosures in the financial statements. An audit also includes assessing the accounting principles used and significant estimates made by management, as well as evaluating the overall financial statement presentation.

In our opinion, these financial statements present fairly, in all material respects, the financial position of the Central East Local Health Integration Network as at March 31, 2008 and the results of its operations, its changes in its net debt and its cash flows for the year then ended, in accordance with Canadian generally accepted accounting principles.

Deloitte & Touche LLP

Chartered Accountants
Licensed Public Accountants
May 9, 2008

Member of
Deloitte Touche Tohmatsu

STATEMENT OF FINANCIAL POSITION

as at March 31, 2008

	2008	2007
	$	$
Financial assets		
Cash	**1,598,513**	587,980
Due from Ministry of Health and Long-Term Care ("MOHLTC")	**7,013,110**	-
Accounts receivable	-	281,000
	8,611,623	868,980
Liabilities		
Accounts payable and accrued liabilities	**742,425**	648,723
Due to Health Service Providers ("HSP")	**7,013,110**	-
Due to MOHLTC (Note 3b)	**869,115**	181,019
Due to the LHIN Shared Services Office (Note 4)	**1,844**	88,832
Deferred capital contributions (Note 5)	**309,822**	442,532
	8,936,316	1,361,106
Commitments (Note 6)		
Net debt	**(324,693)**	(492,126)
Non-financial assets		
Prepaid expenses	**14,871**	49,594
Capital assets (Note 7)	**309,822**	442,532
	324,693	492,126
Accumulated surplus	-	-

Approved by the Board

Director

Director

STATEMENT OF FINANCIAL ACTIVITIES

year ended March 31, 2008

	Budget (unaudited) (Note 8)	2008 Actual	2007 Actual
	$	$	$
Revenue			
MOHLTC funding			
HSP transfer payments (Note 9)	**1,695,602,200**	**1,718,681,252**	-
Operations of LHIN	**3,781,106**	**3,741,617**	3,235,703
Aging at Home (Note 10a)	-	**288,000**	-
Emergency Department ("ED") Lead (Note 10b)	-	**43,800**	-
Wait Time (Note 10c)	-	**70,000**	-
Aboriginal Planning (Note 10d)	-	**20,000**	-
E-Health (Note 10e)	-	**475,000**	281,000
Amortization of deferred capital contributions (Note 5)	-	**172,200**	155,150
	1,699,383,306	**1,723,491,869**	3,671,853
Expenses			
Transfer payments to HSPs (Note 9)	**1,695,602,200**	**1,718,681,252**	-
General and administrative (Note 11)	**3,781,106**	**3,453,781**	3,329,249
Aging at Home (Note 10a)	-	**122,503**	-
ED Lead (Note 10b)	-	**40,043**	-
Wait Time (Note 10c)	-	**70,000**	-
Aboriginal Planning (Note 10d)	-	**-**	-
E-Health (Note 10e)	-	**436,194**	161,585
	1,699,383,306	**1,722,803,773**	3,490,834
Annual surplus before funding repayable to the MOHLTC	-	**688,096**	181,019
Funding repayable to the MOHLTC (Note 3a)	-	**(688,096)**	(181,019)
Annual surplus	-	-	-
Opening accumulated surplus	-	-	-
Closing accumulated surplus	-	-	-

STATEMENT OF CHANGES IN NET DEBT

year ended March 31, 2008

	2008	2007
	$	$
Annual surplus	-	-
Acquisition of capital assets	**(39,490)**	(104,926)
Amortization of capital assets	**172,200**	155,150
Change in other non-financial assets	**34,723**	(49,594)
Decrease in net debt	**167,433**	630
Opening net debt	**(492,126)**	(492,756)
Closing net debt	**(324,693)**	(492,126)

STATEMENT OF CASH FLOWS

year ended March 31, 2008

	2008	2007
	$	$
Operating		
Annual surplus	-	-
Less items not affecting cash		
Amortization of capital assets	**172,200**	155,150
Amortization of deferred capital contributions (Note 5)	**(172,200)**	(155,150)
	-	-
Changes in non-cash operating items		
Increase in due from MOHLTC	**(7,013,110)**	-
Decrease (increase) in accounts receivable	**281,000**	(281,000)
Increase in accounts payable and accrued liabilities	**93,702**	648,723
Increase in due to HSPs	**7,013,110**	-
Increase in due to the MOHLTC	**688,096**	150,553
Decrease (increase) in prepaid expenditures	**34,723**	(49,594)
(Decrease) increase in due to the LHIN Shared Services Office	**(86,988)**	88,832
	1,010,533	557,514
Capital transactions		
Acquisition of tangible capital assets	**(39,490)**	(104,926)
Financing		
Increase in deferred capital contributions (Note 5)	**39,490**	104,926
Net increase in cash	**1,010,533**	557,514
Cash, beginning of year	**587,980**	30,466
Cash, end of year	**1,598,513**	587,980

NOTES TO THE FINANCIAL STATEMENTS

March 31, 2008

1. Description of business

The Local Health Integration Network was incorporated by Letters Patent on June 2, 2005 as a corporation without share capital. Following Royal Assent to Bill 36 on March 28, 2006, it was continued under the *Local Health System Integration Act, 2006* (the "Act") as the Central East Local Health Integration Network (the "LHIN") and its Letters Patent were extinguished. As an agent of the Crown, the LHIN is not subject to income taxation.

The LHIN is, and exercises its powers only as, an agent of the Crown. Limits on the LHIN's ability to undertake certain activities are set out in the Act.

The LHIN has also entered into an Accountability Agreement with the Ministry of Health and Long Term Care ("MOHLTC"), which provides the framework for LHIN accountabilities and activities.

Commencing April 1, 2007, all funding payments to LHIN managed health service providers in the LHIN geographic area, have flowed through the LHIN's financial statements. Funding allocations from the MOHLTC are reflected as revenue and an equal amount of transfer payments to authorized Health Service Providers ("HSP") are expensed in the LHIN's financial statements for the year ended March 31, 2008.

The mandates of the LHIN are to plan, fund and integrate the local health system within its geographic area. The LHIN spans carefully defined geographical areas and allows for local communities and health care providers within the geographical area to work together to identify local priorities, plan health services and deliver them in a more coordinated fashion. The LHIN covers the Region of Durham, City of Kawartha Lakes, the Haliburton Highlands, most of Northumberland County and Peterborough County. The LHIN also contains part of the east city of Toronto (south of Steeles, the portions east of Victoria Park & south of Eglinton, the portions east of Warden & north of Eglinton). The LHIN enters into service accountability agreements with service providers.

2. Significant accounting policies

The financial statements of the LHIN are the representations of management, prepared in accordance with Canadian generally accepted accounting principles for governments as established by the Public Sector Accounting Board ("PSAB") of the Canadian Institute of Chartered Accountants ("CICA") and, where applicable, the recommendations of the Accounting Standards Board ("AcSB") of the CICA as interpreted by the Province of Ontario. Significant accounting policies adopted by the LHIN are as follows:

Basis of accounting

Revenues and expenses are reported on the accrual basis of accounting. The accrual basis of accounting recognizes revenues in the fiscal year that the events giving rise to the revenues occur and they are earned and measurable, expenses are recognized in the fiscal year that the events giving rise to the expenses are incurred, resources are consumed, and they are measurable.

Through the accrual basis of accounting, expenses include non-cash items, such as the amortization of tangible capital assets.

Ministry of Health and Long-Term Care Funding

The LHIN is funded solely by the Province of Ontario in accordance with the Ministry LHIN Accountability Agreement ("MLAA"), which describes budget arrangements established by the MOHLTC. These financial statements reflect agreed funding arrangements approved by the MOHLTC. The LHIN cannot authorize an amount in excess of the budget allocation set by the MOHLTC.

The LHIN assumed responsibility to authorize transfer payments to HSPs, effective April 1, 2007. The transfer payment amount is based on provisions associated with the respective HSP Accountability Agreement with the LHIN. Throughout the fiscal year, the LHIN authorizes and notifies the MOHLTC of the transfer payment amount; the MOHLTC, in turn, transfers the amount directly to the HSP. The cash associated with the transfer payment does not flow through the LHIN bank account.

The LHIN statements do not include any Ministry managed programs.

Government transfer payments

Government transfer payments from the MOHLTC are recognized in the financial statements in the year in which the payment is authorized and the events giving rise to the transfer occur, performance criteria are met, and reasonable estimates of the amount can be made.

Certain amounts, including transfer payments from the MOHLTC, are received pursuant to legislation, regulation or agreement and may only be used in the conduct of certain programs or in the completion of specific work. Funding is only recognized as revenue in the fiscal year the related expenses are incurred or services performed. In addition, certain amounts received are used to pay expenses for which the related services have yet to be performed. These amounts are recorded as payable to the MOHLTC at period end.

Deferred capital contributions

Any amounts received that are used to fund expenses that are recorded as capital assets, are recorded as deferred capital revenue and are recognized over the useful life of the asset reflective of the provision of its services. The amount recorded under "revenue" in the Statement of Financial Activities, is in accordance with the amortization policy applied to the related capital asset recorded.

Capital assets

Capital assets are recorded at historical cost. Historical cost includes the costs directly related to the acquisition, design, construction, development, improvement or betterment of capital assets. The cost of capital assets contributed is recorded at the estimated fair value on the date of contribution. Fair value of contributed capital assets is estimated using the cost of asset or, where more appropriate, market or appraisal values. Where an estimate of fair value cannot be made, the capital asset would be recognized at nominal value.

Maintenance and repair costs are recognized as an expense when incurred. Betterments or improvements that significantly increase or prolong the service life or capacity of a capital asset are capitalized. Computer software is recognized as an expense when incurred.

Capital assets are stated at cost less accumulated amortization. Capital assets are amortized over their estimated useful lives as follows:

Computer equipment	3 years straight-line method
Leasehold improvements	Life of lease straight-line method
Office furniture and fixtures	5 years straight-line method
Web development	3 years straight-line method

For assets acquired or brought into use during the year, amortization is calculated for a full year.

Use of estimates

The preparation of financial statements in conformity with Canadian generally accepted accounting principles requires management to make estimates and assumptions that affect the reported amount of assets and liabilities, the disclosure of contingent assets and liabilities at the date of the financial statements and the reported amounts of revenues and expenses during the reporting period. Actual results could differ from those estimates.

3. Funding repayable to the MOHLTC

In accordance with the MLAA, the LHIN is required to be in a balanced position at year end. Thus, any excess of funding received in excess of expenses incurred, is required to be returned to the MOHLTC.

a) The amount repayable to the MOHLTC related to current year activities is made up of the following components:

	Revenue	Expenses	Surplus
	$	$	$
Transfer payments to HSPs	**1,718,681,252**	**1,718,681,252**	**-**
LHIN operations	**3,913,817**	**3,453,781**	**460,036**
Aging at Home	**288,000**	**122,503**	**165,497**
ED Lead	**43,800**	**40,043**	**3,757**
Wait Time	**70,000**	**70,000**	**-**
Aboriginal Planning	**20,000**	**-**	**20,000**
E-Health	**475,000**	**436,194**	**38,806**
	1,723,491,869	**1,722,803,773**	**688,096**

b) The amount due to the MOHLTC at March 31 is made up as follows:

	2008	2007
	$	$
Due to MOHLTC, beginning of year	**181,019**	-
Funding repayable to the MOHLTC related to current year activities (Note 3a)	**688,096**	181,019
Due to MOHLTC, end of year	**869,115**	181,019

4. Related party transactions

The LHIN Shared Services Office (the "LSSO") is a division of the Toronto Central LHIN and is subject to the same policies, guidelines and directives as the Toronto Central LHIN. The LSSO, on behalf of the LHINs, is responsible for providing services to all LHINs. The full costs of providing these services are billed to all the LHINs on an equal basis. Any portion of the LSSO operating costs overpaid (not paid) by the LHIN at the year end are recorded as a receivable (payable) to the LSSO. This is all done pursuant to the Shared Services Agreement the LSSO has with all the LHINs.

5. Deferred capital contributions

	2008	2007
	$	$
Balance, beginning of year	**442,532**	492,756
Capital contributions received during the year	**39,490**	104,926
Amortization for the year	**(172,200)**	(155,150)
Balance, end of year	**309,822**	442,532

6. Commitments

The LHIN has commitments under various operating leases related to building and equipment.
Lease renewals are likely. Minimum lease payments due in each of the next four years and thereafter are as follows:

	$
2009	124,736
2010	123,626
2011	72,540
2012 and thereafter	-
	320,902

The LHIN also has funding commitments to HSPs associated with accountability agreements.
Minimum commitments to HSPs relate to the next two years, based on the current accountability agreements are as follows:

	$
2009	1,751,928,300
2010	1,802,562,300

7. Capital assets

	Cost	Accumulated amortization	2008 Net book value	2007 Net book value
	$	$	$	$
Office furniture and fixtures	**277,831**	**154,674**	**123,157**	174,320
Computer equipment	**95,829**	**79,574**	**16,255**	25,808
Web development	**36,100**	**16,474**	**19,626**	23,417
Leasehold improvements	**362,177**	**211,393**	**150,784**	218,987
	771,937	**462,115**	**309,822**	442,532

8. Budget figures

The budgets were approved by the Government of Ontario. The budget figures reported on the Statement of Financial Activities reflect the initial budget at April 1, 2007. The figures have been reported for the purposes of these statements to comply with PSAB reporting requirements. During the year the government approves budget adjustments. The following reflects the adjustments for the LHIN during the year:

The total HSP funding budget of $1,718,681,252 is made up of the following:

	$
Initial budget	**1,695,602,200**
Adjustment due to announcements made during the year	**23,079,052**
Total budget	**1,718,681,252**

The total revised operating budget of $4,202,906 is made up of the following:

	$
Initial budget as represented on the statement of financial activities	**3,781,106**
Additional funding received during the year for:	
Aboriginal initiative	**20,000**
Aging at Home initiative	**288,000**
ED Lead initiative	**43,800**
Wait Time initiative	**70,000**
Total budget	**4,202,906**

9. Transfer payments to HSPs

The LHIN has authorization to allocate the funding of $1,718,681,252 to the various HSPs in its geographic area. The LHIN approved transfer payments to the various sectors in 2008 as follows:

	$
Operation of hospitals	**1,013,569,316**
Grants to compensate for municipal taxation - public hospitals	**294,975**
Long term care homes	**333,744,158**
Community care access centres	**183,460,668**
Community support services	**25,343,566**
Assisted living services in supportive housing	**10,001,649**
Community health centres	**8,786,926**
Community mental health addictions program	**48,844,834**
Specialty psychiatric hospitals	**94,583,494**
Grants to compensate for municipal taxation - psychiatric hospitals	**51,666**
	1,718,681,252

The LHIN did not authorize any funding to HSPs in fiscal 2007.

10.

a) Aging at Home

The LHIN received funding of $288,000 (2007 - $Nil) related to the Aging at Home project.
Aging at Home expenses incurred during the year are as follows:

	2008	2007
	$	$
Consulting services	**25,394**	-
Salaries and benefits	**73,445**	-
Other	**23,664**	-
	122,503	-

b) ED Lead

The LHIN received funding of $43,800 (2007 - $Nil) related to the ED Lead project.
ED Lead expenses incurred during the year consist of $40,043 of consulting fees.

c) Wait Time

The LHIN received funding of $70,000 (2007 - $Nil) related to the Wait Time project.
Wait Time expenses incurred during the year consist of $70,000 of consulting fees.

d) Aboriginal Planning

The LHIN received funding of $20,000 (2007 - $Nil) related to the Aboriginal Planning project.
No Aboriginal Planning project expenses were incurred during the year.

e) E-Health

The LHIN received funding of $475,000 (2007 - $281,000) related to the E-Health project.
E-Health project expenses incurred during the year are as follows:

	2008	2007
	$	$
Consulting services	**435,415**	161,585
Other	**779**	-
	436,194	161,585

11. General and administrative expenses

The Statement of Financial Activities presents the expenses by function, the following classifies these same expenses by object:

	2008	2007
	$	$
Salaries and benefits	**2,052,281**	1,648,608
Occupancy	**237,354**	209,651
Amortization	**172,200**	155,150
Shared services	**302,301**	298,058
Community engagement	**85,498**	392,105
Consulting services	**263,553**	233,731
Supplies	**45,994**	88,896
Board member expenses	**172,166**	210,538
Mail, courier and telecommunications	**1,213**	6,155
Other	**121,221**	86,357
	3,453,781	3,329,249

12. Pension agreements

The LHIN makes contributions to the Hospitals of Ontario Pension Plan ("HOOPP"), which is a multi-employer plan, on behalf of approximately 19 members of its staff. The plan is a defined benefit plan, which specifies the amount of retirement benefit to be received by the employees, based on the length of service and rates of pay. The amount contributed to HOOPP for fiscal 2008 was $162,424 (2007 - $90,801) for current service costs and is included as an expense in the Statement of Financial Activities.

13. Guarantees

The LHIN is subject to the provisions of the *Financial Administration Act*. As a result, in the normal course of business, the LHIN may not enter into agreements that include indemnities in favour of third parties, except in accordance with the Financial Administration Act and the related Indemnification Directive.

An indemnity of the Chief Executive Officer was provided directly by the LHIN pursuant to the terms of the *Local Health System Integration Act, 2006* and in accordance with s. 28 of the *Financial Administration Act*.

14. Segment disclosures

The LHIN was required to adopt Section PS 2700 - Segment Disclosures, for the fiscal year beginning April 1 2007. A segment is defined as a distinguishable activity or group of activities for which it is appropriate to separately report financial information. Management has determined that existing disclosures in the Statement of Financial Activities and within the related notes for both the prior and current year sufficiently discloses information of all appropriate segments and, therefore, no additional disclosure is required.

STAFF MEMBERS

Back Row

Scott Macpherson, James Meloche, Andrew Marsden, John Lohrenz

Middle Row

Lindsay Wyers, Janet Boland, Emily Van de Klippe, Linda Henry,
Ritva Gallant, Brian Laundry, Jeanne Thomas, Karen O'Brien-Monaghan

Front Row

Karen Landriault, Deborah Hammons, Sheila Rogoski, Katie Cronin-Wood

Absent

Kate Reed, Karen Ouellette

CONTACT INFORMATION

Telephone	905-427-5497 1-866-804-5446
Fax	905-427-9659
Address	Harwood Plaza 314 Harwood Avenue South, Suite 204A Ajax, ON L1S 2J1
Email	centraleast@lhins.on.ca
Website	www.centraleastlhin.on.ca

ISSN 1911-3331

Ontario
Local Health Integration Network

RLISS du Centre-Est

De la planification à l'action

Des communautés impliquées. Des communautés en santé.

RLISS du Centre - Est Rapport annuel 2007-2008

Ontario

Réseau local d'intégration des services de santé

RÉSEAU LOCAL D'INTÉGRATION DES SERVICES DE SANTÉ DU CENTRE-EST (9)

La loi sur les réseaux locaux d'intégration des services santé (Local Health Services Integration Act), votée en mars 2006, vise à établir un réseau de santé intégré pour améliorer la santé des Ontariens en leur offrant, par l'entremise de réseaux locaux d'intégration des services santé (RLISS), un meilleur accès à des services de santé de qualité, à des soins de santé coordonnés et à une gestion efficace et efficiente du réseau local. Les RLISS ont la responsabilité de planifier, d'intégrer et de financer les fournisseurs de soins de santé (hôpitaux, maisons de soins de longue durée, centres de santé communautaire, centres d'accès aux soins communautaires et agences de santé mentale et de traitement de toxicomanie) de leur région. Depuis le 1er avril 2007, les RLISS ont le pouvoir et la responsabilité de financer leurs fournisseurs. Ce Rapport annuel est le premier qu'ils publient depuis l'attribution de ce mandat.

Pour de plus amples renseignements au sujet des RLISS et pour consulter notre foire aux stions, veuillez consulter notre site Web au www.lhins.on.ca.

MESSAGE DU PRÉSIDENT ET DE LA CHEF DE DIRECTION

Le 1er avril 2007, les RLISS ont reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et la responsabilité de gérer le financement des services de santé locaux. Comme c'est généralement le cas lors du réaménagement des pouvoirs gouvernementaux et ministériels, le public et les fournisseurs des services de santé n'ont pas expérimenté de changements majeurs en ce qui concerne la prestation des soins. Pour le RLISS, la transformation du système de santé local est un processus en constante évolution, et non une révolution.

Au cours de la dernière année, l'équipe du RLISS du Centre-Est a travaillé de concert avec les fournisseurs de services de santé pour satisfaire aux besoins du public en ce qui concerne :

- l'intégration accrue et l'amélioration de la coordination des services;
- la localisation de la prise des décisions relatives au financement et à la répartition de fonds;
- un accent accru sur la planification du système de santé local;
- la promotion de l'engagement communautaire; et
- la responsabilisation accrue.

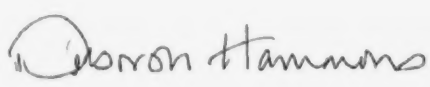
Les conseils d'administration des fournisseurs de services de santé étant demeurés les mêmes, le public est en droit de s'attendre à ce que l'atteinte de ces objectifs passe par la direction du RLISS du Centre-Est, avec l'aide des fournisseurs de son territoire. Les attentes du public vis-à-vis de la responsabilisation, de la coordination et de la mobilisation communautaire relatives à la prise des décisions sur la prestation des services de santé locaux sont autant celles du public que du RLISS. Le temps est venu de nous donner le moyen de changer et d'optimiser la portée du mandat conféré au RLISS pour éliminer les entraves à notre capacité d'améliorer les services et les soins offerts à nos patients, à nos résidents et à leurs familles. L'annonce du mandat d'intégration offert aux RLISS a suscité des préoccupations et des craintes. Nous espérons que nos fournisseurs de services de santé ont été rassurés par l'engagement du RLISS envers la transparence et la responsabilisation fondée sur la concertation, et non la division. Nous sommes profondément reconnaissants envers nos fournisseurs pour leur soutien à l'innovation et à la qualité des services de santé et nous avons bien l'intention de concrétiser cette reconnaissance.

Nos actions et nos plans ont démontré notre volonté de mobiliser nos collectivités pour garantir l'équité de l'accès à un système de santé parfaitement intégré à travers le RLISS. Comme le confirment toutes les offres de soutien que nous avons reçu du public et des fournisseurs de services de santé pendant la dernière année. Nos pairs ont eux-aussi reconnu notre sens de l'innovation et notre détermination à faire avancer les choses.

Tout cela est encourageant, mais ne doit pas nous faire perdre de vue le mandat fondamental du RLISS, qui consiste à rapprocher les fournisseurs de services de santé subventionnés et les intervenants concernés en un réseau apte à satisfaire aux attentes du public pour le système de santé public. De plus, cela ne doit pas nous distraire du rôle important joué par le conseil d'administration et le personnel du RLISS, qui consiste à promouvoir la concertation pour assurer le décloisonnement de nos services de santé. À cette fin, le RLISS mise sur le pouvoir accru qui découle de l'intégration des compétences et des ressources collectives. Voilà l'approche directrice que vous êtes en droit d'exiger de votre RLISS.

La confiance d'abord et avant tout! Merci.

Foster Loucks,
Président



Deborah Hammons,
Chef de la direction

MEMBRES DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Foster Loucks	Durée du mandat : Du 1er juin 2005 au 31 mai 2008
Josaline Sikorski	Durée du mandat : Du 1er juin 2005 au 31 mai 2008
Jean Achmatowicz MacLeod	Durée du mandat : Du 1er juin 2005 au 31 mai 2008
Novina Wong	Durée du mandat : Du 5 janvier 2006 au 4 février 2007 Reconduit : Du 5 février 2007 au 4 février 2010
Stephen Kylie	Durée du mandat : Du 1er mars 2006 au 29 février 2008 Reconduit : Du 1er mars 2008 au 28 février 2011
Dr. Alexander Hukowich	Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 juin 2007 Reconduit : Du 17 juin 2007 au 16 juin 2010
William Gleed	Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 juin 2007 Reconduit : Du 17 juin 2007 au 16 juin 2010
Ronald Francis	Durée du mandat : Du 17 mai 2006 au 16 mai 2008
Eva Nichols	Durée du mandat : Du 5 janvier 2006 au 4 février 2008 Reconduit : 5 janvier 2008 Démission : 10 février 2008 (Démission approuvée et mandat révoqué en conseil le 19 mars 2008)

INTRODUCTION

Une stratégie pour renforcer votre système de soins de santé et contribuer à l'amélioration de votre santé

Depuis sa création, le RLISS du Centre-Est travaille en collaboration avec ses résidents, ses soignants et ses fournisseurs de services de santé, ainsi que le gouvernement provincial et les autres réseaux locaux d'intégration des services de santé à l'élaboration et à la mise en oeuvre d'une stratégie locale qui contribue non seulement à améliorer le système de santé publique, mais également à préserver votre santé et celle de votre famille tout en vous rapprochant le plus possible des services de santé dont vous avez besoin..

Pendant l'année 2007-2008, le RLISS du Centre-Est a poursuivi l'intégration de ses nouvelles fonctions de gestionnaire du système de santé local. La première année (2006-2007) a été consacrée aux activités de mobilisation communautaire et de planification qui ont mené à l'élaboration du premier plan de services de santé intégrés (PSSI) du RLISS du Centre-Est.

La préparation de ce plan de services de santé intégrés, axé sur la masse des commentaires et recommandations recueillis afin de refléter les besoins prioritaires de nos collectivités, a été réalisée de concert par le RLISS du Centre-Est et les fournisseurs de services de santé locaux. Les fondements législatifs et politiques de cette entreprise de coordination et d'intégration sont énoncés dans la *Loi sur l'intégration du système de santé local*, qui précise également les attentes vis-à-vis des RLISS et des fournisseurs des services de santé. En vertu de cette nouvelle Loi, les fournisseurs de services de santé locaux doivent :

- harmoniser leur planification stratégique et des services avec le cadre global du RLISS, avec des références précises aux priorités relevées dans le plan de services de santé intégrés;
- participer aux actions de planification du RLISS et apporter les commentaires et les renseignements nécessaires à l'élaboration des plans du RLISS;
- rechercher des possibilités d'intégration et apporter des améliorations permanentes à l'intégration, la coordination et la qualité des services; et
- mettre en œuvre les orientations d'intégration prévues par les ententes de responsabilisation passées avec le RLISS.

Pour aider le RLISS et les fournisseurs de services de santé locaux à satisfaire aux attentes en matière de qualité, de responsabilisation, de transparence et de cohérence, le RLISS du Centre-Est a poursuivi l'élaboration de la politique et des orientations stratégiques locales, ainsi que des outils de soutien à l'intégration et du processus de prise de décision. Pendant 2007-2008, nous avons progressé à ce chapitre, avec, notamment l'élaboration des orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est, la rédaction du document de travail sur le cadre pour la prise de décision et la préparation des ententes de responsabilisation.

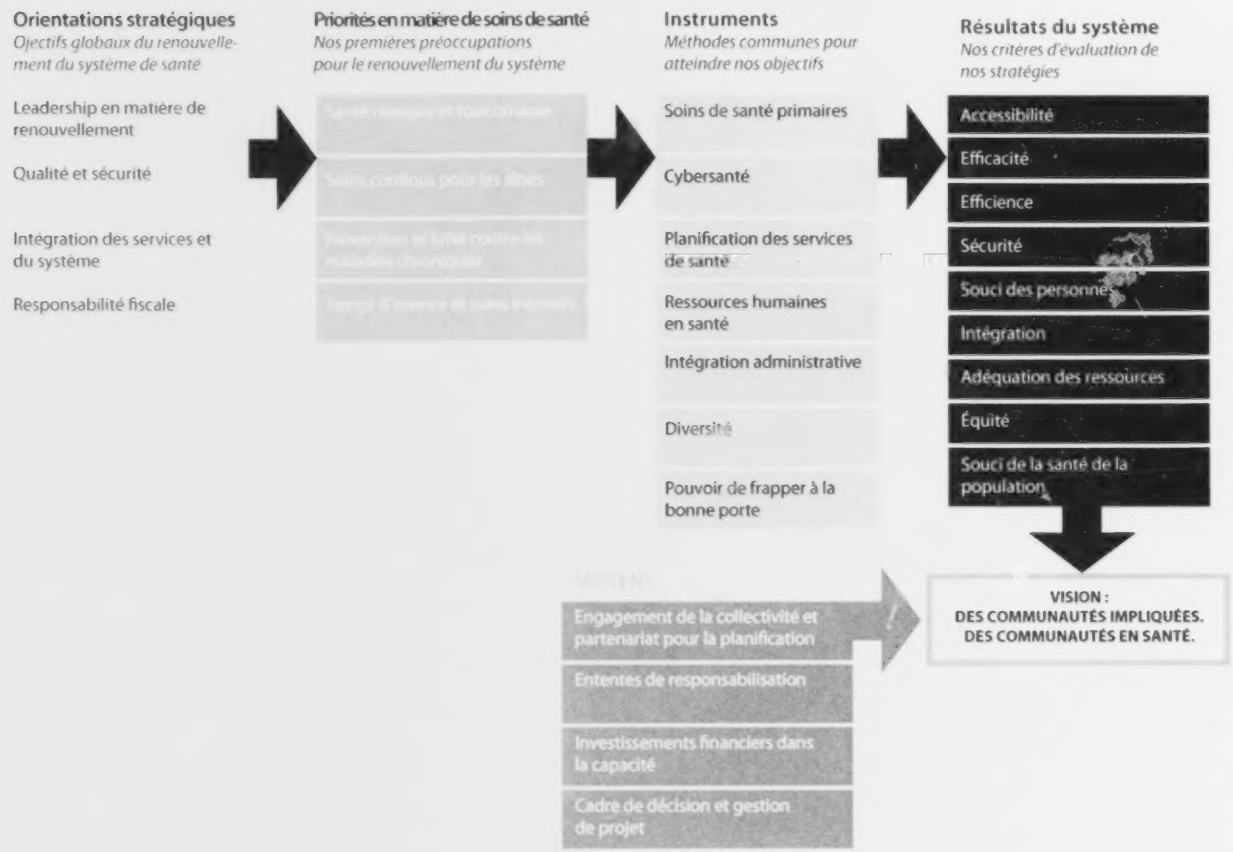
Le tableau à la prochaine page donne un aperçu des documents clés préparés par le RLISS du Centre-Est sur la prise de décision et la responsabilisation, en indiquant les sources permettant de se procurer plus d'information.

Politique et responsabilisation	Description	Objet
Entente de responsabilisation entre le ministère et le RLISS (ARMR) 2007-2008 http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=132	Définit les responsabilités mutuelles, les objectifs de rendement et les mécanismes de financement entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le RLISS du C.-E.	Axé sur l'harmonisation et la cohérence entre les objectifs, rôles et responsabilités du RLISS du C.-E. et du gouvernement provincial.
Vision du **RLISS du Centre-Est** http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2538&ekmensel=e2f22c9a_72_184_2538_1	« Des communautés impliquées. Des communautés en santé. » Définit l'objectif à long terme de l'organisation du RLISS de C.-E. Présente la version préliminaire du plan de services de santé intégrés (2006).	
Orientations stratégiques du **RLISS du Centre-Est** http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=2540&ekmensel=e2f22c9a_72_184_2540_2	Donne une vue d'ensemble des orientations stratégiques pour l'organisation du RLISS du C.-O, et pour l'ensemble de son territoire relativement aux quatre zones de priorité : • leadership en matière de renouvellement, • intégration des services et du système, • sécurité et qualité, et • responsabilité fiscale. Approuvé par le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est en août 2007.	Axé sur l'harmonisation des buts et objectifs du RLISS du C.-E. pour le système de santé local.
Plan de services de santé intégrés du **RLISS du Centre-Est** http://www.centraleastlhin.on.ca/IntegratedHealthServicePlan.aspx?ekmensel=e2f22c9a_72_204_btnlink	Définit les priorités en **matière de soins de santé, les priorités du changement, les instruments communs, les résultats du système,** les plans d'action et le cadre de gestion du rendement. Date de publication : novembre 2006	
Cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale du **RLISS du Centre-Est** http://www.centraleastlhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/Framework.pdf	Définit les buts, objectifs et processus de mobilisation communautaire du RLISS du C.-E. Présente les partenariats de planification du RLISS du C.-E. (p. ex., les équipes, les réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS et les groupes de travail). Date de publication : mars 2006	
Cadre pour la prise de décision du **Decision Making Framework** (document de travail) http://www.centraleastlhin.on.ca/Page.aspx?id=94&ekmensel=e2f22c9a_72_206_94_2	Aider les décideurs du RLISS à prendre des décisions éclairées relativement aux demandes de fonds et aux propositions d'innovation et d'intégration. Aider les fournisseurs de services de santé à évaluer le bien-fondé de leurs demandes de fonds et de leurs propositions d'innovation et d'intégration. Publication : août 2007	Axé sur le soutien des attentes du RLISS du C.-E. quant à la transparence, à l'objectivité et à l'approche coopérative de la prise de décision.
Soutien à la gestion du RLISS du Centre-Est	• Bureau de gestion de projet • Préproposition d'amélioration du système de santé (PASS)	

Le 1er avril 2007, les RLISS ont reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et la responsabilité de gérer le financement des services de santé locaux. Ce mandat englobe la négociation d'**ententes de responsabilisation** avec les fournisseurs de services de santé locaux, ce qui a nécessité la mise en oeuvre d'un processus continu de gestion et d'évaluation du rendement financier des fournisseurs. Pour être admissible à recevoir des fonds du RLISS, tout fournisseur de services de santé doit conclure une telle entente de responsabilisation avec le RLISS.

La **carte stratégique** ci-dessous donne une vue d'ensemble de nos orientations stratégiques, des priorités et des instruments de notre PSSI en matière de soins de santé, et des outils intégrés qui contribueront à la concrétisation de notre vision et à l'atteinte des résultats cibles pour notre système de santé local.

La **carte stratégique**, révisée en 2007-2008, comprend maintenant les orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est ainsi que les données récentes sur lesquelles sont fondées nos stratégies de réponse aux besoins du système de santé.



Le 1er avril 2007, les RLISS ont reçu du ministère de la Santé et des Soins de longue durée le pouvoir et la responsabilité de gérer le financement des services de santé locaux. Ce mandat englobe la négociation d'**ententes de responsabilisation** avec les fournisseurs de services de santé locaux, ce qui a nécessité la mise en oeuvre d'un processus continu de gestion et d'évaluation du rendement financier des fournisseurs. Pour être admissible à recevoir des fonds du RLISS, tout fournisseur de services de santé doit conclure une telle entente de responsabilisation avec le RLISS.

La **carte stratégique** ci-dessous donne une vue d'ensemble de nos orientations stratégiques, des priorités et des instruments de notre PSSI en matière de soins de santé, et des outils intégrés qui contribueront à la concrétisation de notre vision et à l'atteinte des résultats cibles pour notre système de santé local.

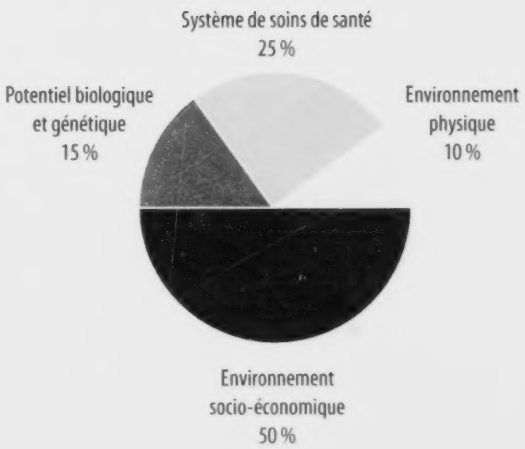
La **carte stratégique,** révisée en 2007-2008, comprend maintenant les orientations stratégiques du RLISS du Centre-Est ainsi que les données récentes sur lesquelles sont fondées nos stratégies de réponse aux besoins du système de santé.

PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SANITAIRE

Facteurs sociaux déterminants de la santé

Les facteurs sociaux déterminants de la santé (p. ex., le revenu, l'instruction et l'environnement social) ont des répercussions significatives sur le développement de la maladie et le fardeau qui en découle pour le patient et sa famille[1]. Le manque de soutien social, l'exclusion sociale, un environnement insalubre ou pollué contribuent à la détérioration de l'état de santé[2]. D'autres facteurs, tels que le sexe, la culture, le statut social et l'origine ethnique, peuvent créer des inégalités sociales, des obstacles à l'accès aux services et un risque accru de développement de troubles de santé et de maladies[1]. Plusieurs facteurs, dont un revenu suffisant, un logement sécuritaire et abordable et l'accès au transport à coût abordable, contribuent non seulement à préserver la santé, mais ont aussi des répercussions significatives sur la gestion des soins de santé, puisqu'ils déterminent la capacité et l'efficacité de la prise en charge de la maladie par le patient. Un système de soins de santé efficace doit intégrer des stratégies de promotion de la santé et du bien-être qui tiennent compte des facteurs déterminants de la santé.

Tiré de l'analyse de l'impact des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population



*Source : Le MSSLD (tiré d'un exposé de Keast intitulé « **Estimated Impact of Determinants of Health on the Health Status of the Population** », présenté en avril 2006.*

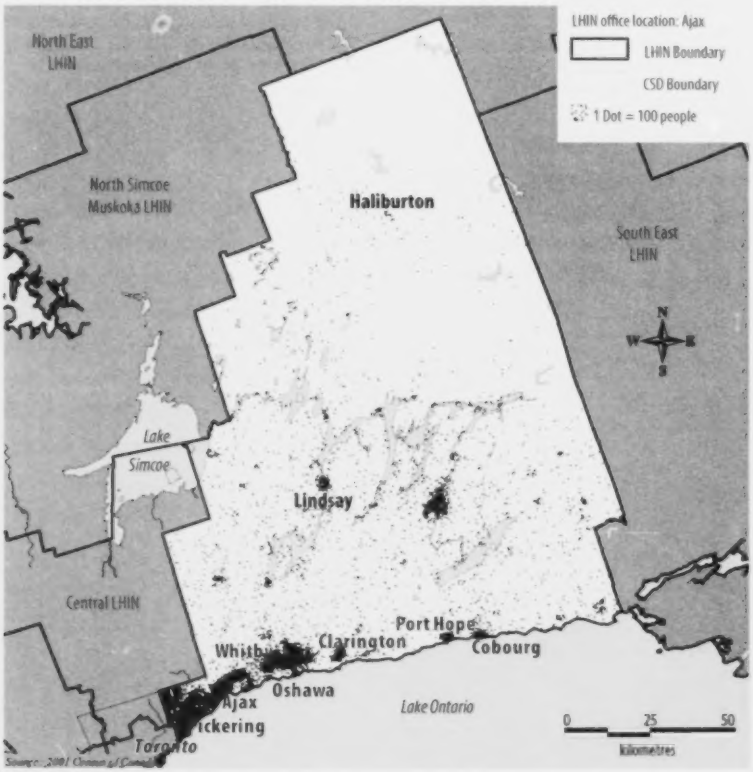
1 Plan de services de santé intégrés, novembre 2006
2 Les maladies chroniques en Ontario et au Canada

Caractéristiques socio-démographiques

	CENTRE-EST	ONTARIO	Pour l'ensemble du RLISS
Population totale (2006) †	**1 484 300**	**12 687 000**	**238 000 - 1 604 900**
Population des personnes âgées de 65 ans ou plus (2006)†	13,2 %	12,9 %	9,0 - 16,7 %
Population déclarant l'anglais comme langue maternelle	74,5 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population déclarant le français comme langue maternelle	1,5 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d'immigrants	32,0 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d'immigrants récents (1996-2001)	5,7 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population des personnes issues de minorités visibles	30,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population d'identité autochtone	0,9 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d'activité (% de la population des personnes qui travaillent) (15 ans ou plus)	66,3 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans ou plus)	6,7 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population des unités à faible revenu	14,8 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles monoparentales (avec enfants)	24,4 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas la 9e année	7,7 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas le diplôme d'études secondaires	26,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans ou plus) ayant effectué une formation post-secondaire	46,2 %	48,7 %	42,4 -55,8 %

Source : † Prévisions démographiques de 2006, MSSLD, Provincial Health Planning Database. Autres indicateurs : Recensement de 2001 du Canada.

Carte de la population



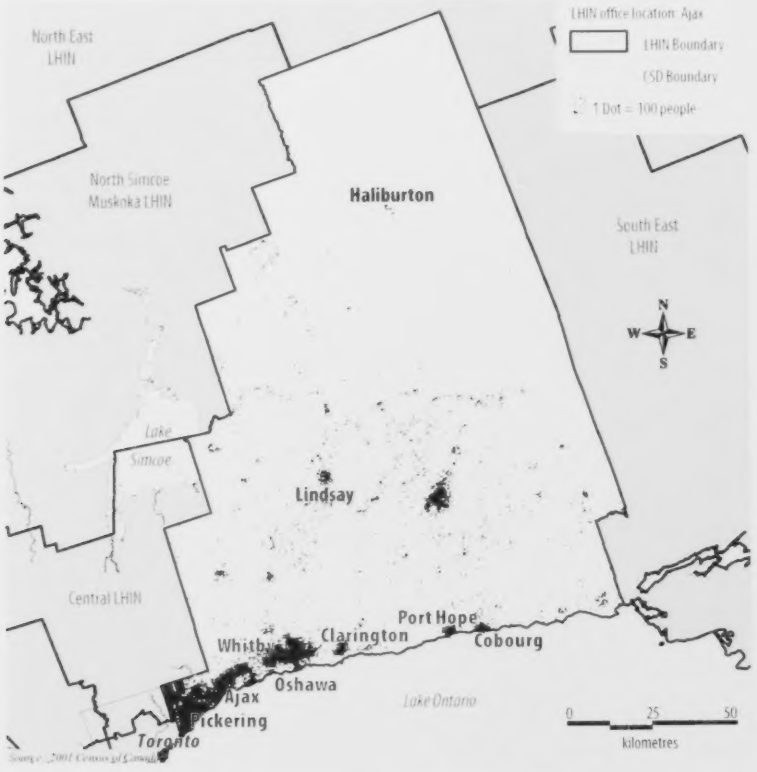
Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Caractéristiques socio-démographiques

	CENTRE-EST	ONTARIO	Pour l'ensemble du RLISS
Population totale (2006) *	**1 484 300**	**12 687 000**	**238 000 - 1 604 900**
Population des personnes âgées de 65 ans ou plus (2006) *	13,2 %	12,9 %	9,0 - 16,7 %
Population déclarant l'anglais comme langue maternelle	74,5 %	71,9 %	55,7 - 92,2 %
Population déclarant le français comme langue maternelle	1,5 %	4,7 %	1,2 - 25,1 %
Population d'immigrants	32,0 %	26,8 %	6,4 - 45,7 %
Population d'immigrants récents (1996-2001)	5,7 %	4,8 %	0,3 - 9,7 %
Population des personnes issues de minorités visibles	30,2 %	19,1 %	1,3 - 38,8 %
Population d'identité autochtone	0,9 %	1,7 %	0,3 - 13,9 %
Taux d'activité (% de la population des personnes qui travaillent) (15 ans ou plus)	66,3 %	67,3 %	60,0 - 72,0 %
Taux de chômage (15 ans ou plus)	6,7 %	6,1 %	5,0 - 9,8 %
Population des unités à faible revenu	14,8 %	14,4 %	10,0 - 22,3 %
Familles monoparentales (avec enfants)	24,4 %	23,4 %	19,4 - 30,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas la 9e année	7,7 %	8,7 %	6,3 - 12,0 %
Population (20 ans ou plus) ne détenant pas le diplôme d'études secondaires	26,5 %	25,7 %	19,2 - 33,4 %
Population (20 ans ou plus) ayant effectué une formation post-secondaire	46,2 %	48,7 %	42,4 -55,8 %

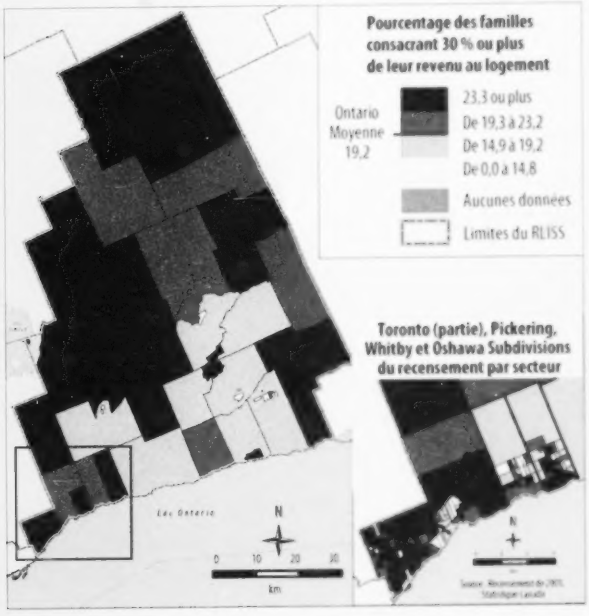
*Source : * Prévisions démographiques de 2006, MSSLD, Provincial Health Planning Database. Autres indicateurs : Recensement de 2001 du Canada.*

Carte de la population



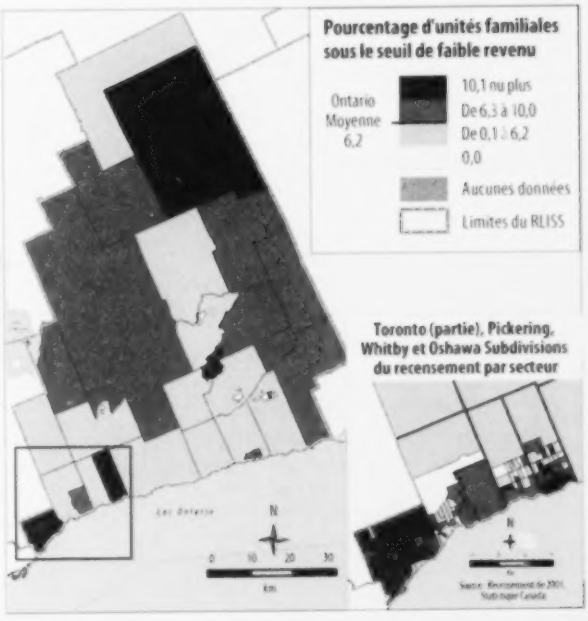
Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% des familles consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement


Pourcentage des familles consacrant 30 % ou plus de leur revenu au logement
Ontario Moyenne 19,2
23,3 ou plus
De 19,3 à 23,2
De 14,9 à 19,2
De 0,0 à 14,8
Aucunes données
Limites du RLISS
Toronto (partie), Pickering, Whitby et Oshawa Subdivisions du recensement par secteur
Lac Ontario
N
0 10 20 30
km

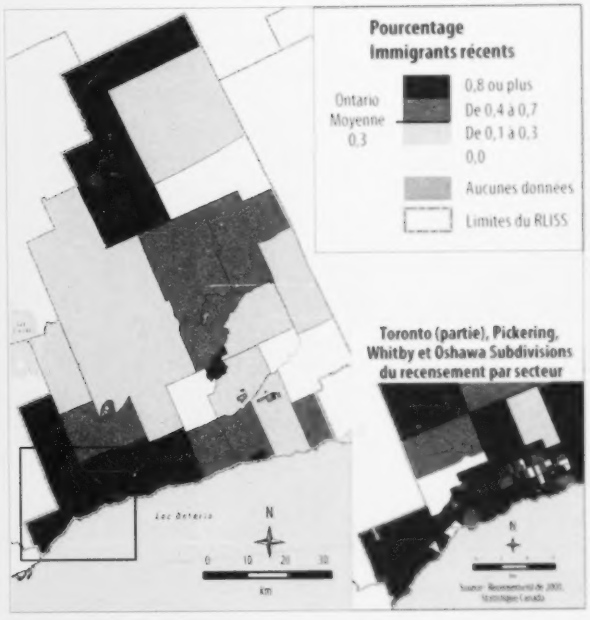
Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% d'unités familiales sous le seuil de faible revenu



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

% d'immigrants récents



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

LA MOBILISATION COMMUNAUTAIRE EST LE MOTEUR DU RLISS DU CENTRE-EST

Pour mener ses activités à bien, le RLISS du Centre-Est bénéficie de l'engagement, des connaissances et de la passion des centaines de personnes contribuant à ses partenariats de planification. Ces partenariats, créés à la suite de la publication du Cadre de mobilisation communautaire et de planification de la santé locale du RLISS du Centre-Est, comprennent les **réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS, les équipes locales de planification et de mobilisation et** des groupes de travail **s'intéressant à des sujets précis.**

Équipes locales de planification et de mobilisation (9)

Les équipes locales (ou groupes consultatifs locaux) sont constituées de neuf à 15 personnes qui fournissent ou reçoivent des services de santé dans une communauté donnée. Ensemble, ces équipes représentent le continuum des services de santé, avec des membres représentant les soins primaires, les hôpitaux, les services communautaires, les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, les soins de longue durée, les médecins et les pharmaciens. Les résidents intéressés par le système des services de santé peuvent également participer.

Réseaux d'intérêt pour la santé à l'échelle du RLISS (3)

Tout comme les équipes de bénévoles, les membres des réseaux illustrent le continuum des services de santé. À la différence des équipes de bénévoles, cependant, les réseaux rassemblent des équipes provenant de tout le RLISS et concentrées chacune sur une priorité précise du PSSI. Pour la plupart, les réseaux génèrent les orientations stratégiques qui permettront d'améliorer l'intégration des services et la qualité des soins pour leurs communautés prioritaires.

Les réseaux sont orientés par un comité directeur de 12 à 15 membres ayant des intérêts et des compétences en lien avec la priorité en question. Le comité d'organisation, qui constitue dans les faits une communauté d'intérêts, sert de liaison entre le RLISS et le réseau étendu. La taille du réseau étendu n'est assujettie à aucune limite.

Groupes de travail

Les groupes de travail ont pour tâche de définir les priorités et les occasions d'intégration communes entre les réseaux (c.-à-d. les secteurs prioritaires) et les équipes locales. Ils sont constitués d'experts des sujets d'étude qui leur ont été attribués provenant de l'ensemble du territoire du RLISS du Centre-Est. Le groupe de travail sur les soins primaires, par exemple, est formé de médecins, d'infirmières et des autres professionnels de la santé responsables de la prestation des soins primaires, lesquels sont, à ce titre, nos meilleurs experts en ce qui concerne ce secteur prioritaire. En 2007-08, plus de 74 experts des soins de santé ont pris part aux discussions et aux travaux des groupes de travail.

Le nombre d'experts désireux de contribuer au renouvellement du système de santé a continué de croître pendant l'année 2007-2008, donnant lieu à la création des nouveaux groupes de travail ci-dessous, suivant les lignes directrices établies dans notre plan de services de santé :

- le groupe de travail sur le rendement du service d'urgence;
- le groupe de travail sur la prestation d'un autre niveau de soins;
- le groupe de travail sur les services de réadaptation;
- le groupe de travail sur les soins primaires; et
- le comité d'organisation de la cybersanté.

Le premier symposium annuel du RLISS du Centre-Est : de la planification à l'action!

En juin 2007, le RLISS du Centre-Est a invité tous les partenaires de planification, résidents et fournisseurs de services de santé de sa région à participer à un symposium intitulé « De la planification à l'action ». Cette rencontre, d'une durée de trois jours, a eu lieu à l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario, à Oshawa. Le symposium s'est révélé une réussite, avec plus de trois cents personnes présentes lors de la soirée d'ouverture. Les deux journées suivantes, plus de deux cents partenaires bénévoles ont assisté aux ateliers et aux réunions de planification. Ces ateliers visaient non seulement à procurer à nos partenaires de planification de l'information et de nouveaux outils utiles, mais aussi à solliciter leur participation à la définition des priorités pour la prochaine année.

On leur a notamment demandé leur avis sur l'ordre de priorité à respecter pour la mise en oeuvre des activités prévues dans le plan de services de santé intégrés. Toutes les activités du PSSI étant prioritaires, puisque répondant directement aux besoins exprimés par le public, l'ordre de priorité a été fondé non sur les points de vue personnels des participants, mais plutôt sur leurs compétences et leurs capacités. En d'autres mots, qui est prêt à prendre la direction des opérations? Qui est prêt à participer à la mise en oeuvre? Cet exercice d'établissement de l'ordre de priorité fondé sur la mobilisation a donné lieu à l'élaboration des chartes des premiers projets prioritaires subventionnés par le Fonds des initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est.

> *« Ma participation aux trois journées du symposium m'a convaincu de la valeur et de l'efficacité de l'approche stratégique choisie par le RLISS pour la création d'un nouveau système de santé intégré et axé sur la transparence. »* Un participant au symposium

Le sommaire des réalisations et des activités prévues dans les chartes et des activités prévues dans les chartes des projets prioritaires des partenaires de planification figure ci-dessous, sous le titre « Avancement de la mise en oeuvre de notre plan de services de santé intégrés ».

Mobilisation des collectivités francophones et autochtones

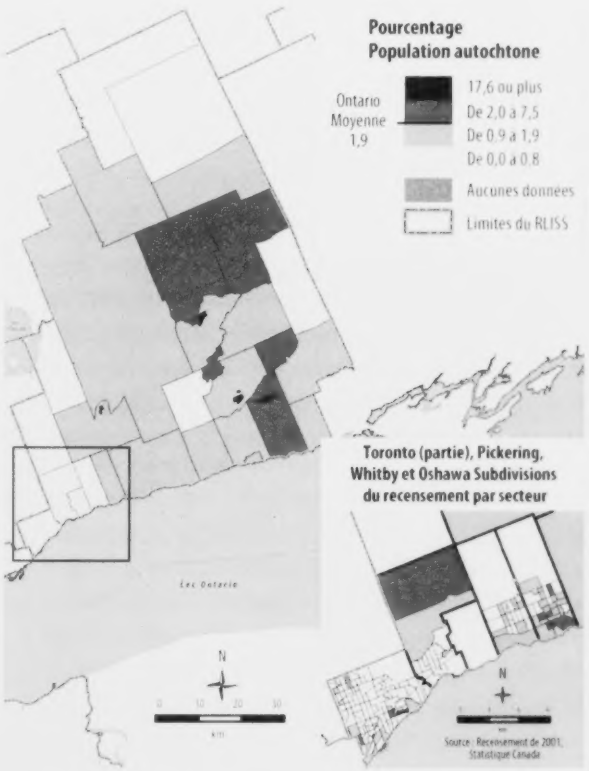
Reconnaissant la diversité de son héritage culturel et social, le RLISS du Centre-Est poursuit son exploration des meilleures approches de mobilisation de ses collectivités francophone et autochtone.

Le personnel du RLISS du Centre-Est est représenté au sein du Comité de planification et de soutien des services de santé en français de la grande région de Toronto. Ce comité, constitué de représentants des cinq RLISS, de fournisseurs de services de santé locaux et de planificateurs de la RGT, oeuvre à améliorer la coordination et l'accès des services de santé en français. Le RLISS du Centre-Est a de plus prévu dans son plan de services de santé intégré la création d'une équipe de planification des services de santé en français. Ce nouveau partenariat de planification fera appel aux connaissances et à l'expertise de membres provenant de l'ensemble du territoire du RLISS du Centre-Est pour identifier les priorités et les occasions d'intégration locales. Cette équipe, dont le processus de création a débuté en 2007-2008, sera formée au cours de l'année qui vient.

Le RLISS du Centre-Est a utilisé une approche semblable pour approfondir ses liens avec les collectivités des Premières nations et autochtones et les inciter à prendre part au processus de planification coopérative. Le personnel du RLISS du Centre-Est a rencontré les dirigeants autochtones locaux pour discuter de l'intérêt de former un « conseil de la santé » autochtone, dont le mandat serait élaboré en large partie par des membres de leurs collectivités afin d'intégrer les valeurs culturelles, linguistiques et spirituelles, ainsi que les traditions distinctives des collectivités autochtones sur la guérison. Le RLISS du Centre-Est dispose de nouveaux fonds provinciaux pour la mise en oeuvre de ces projets.

En l'absence de mécanismes formels de mobilisation communautaire, le RLISS du Centre-Est continue d'explorer de nouvelles méthodes d'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les collectivités autochtones. Cela comprend notamment le nouveau **Programme d'intervention précoce et de sensibilisation vis-à-vis de la néphropathie chronique.** Subventionné par le Fonds des initiatives prioritaires urgentes du RLISS et administré par le Centre régional de santé de Peterborough, ce programme a pour but d'identifier les populations à risque pour la néphropathie, en s'intéressant particulièrement à la Première nation de Curve Lake.

% de la population autochtone



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

AVANCEMENT DU PLAN DE SERVICES DE SANTÉ INTÉGRÉS DU RLISS DU CENTRE-EST

Priorités en matière de soins de santé

Soins continus pour les aînés

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 13 membres
Appartenance au réseau : 180 membres ou organismes.

Activités

Cette année a été riche sur le plan de l'amélioration des soins aux aînés du Centre-Est et des services de soutien destinés à leurs soignants!

Le comité directeur du réseau, sous la direction du Dr John Peto (Rouge Valley Health System) a élaboré un document de travail sur le cadre de planification des services aux aînés, lequel a été adopté comme modèle par les comités directeurs sur la prévention des maladies chroniques et sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. Cela est un parfait exemple de la synergie associée à la communauté d'intérêts au sein du réseau.

Invités à définir l'ordre de priorité de mise en oeuvre des activités prévues dans le plan des services de santé intégrés (PSSI) du RLISS, les représentants de nos collectivités ont convenu de l'urgence d'améliorer les services et les soins destinés aux aînés. Nos collectivités insistent particulièrement sur l'amélioration de l'accès aux services de soutien communautaire, au soutien aux soignants, à l'hébergement avec services de soutien et aux services de transport. Le RLISS et ses partenaires de planification de la communauté ont élaboré de concert les chartes de ces initiatives urgentes et d'autres projets prioritaires définis par le PSSI.

À l'automne, ils ont appris de l'honorable George Smitherman, ministre de la Santé et des Soins de longue durée, qu'ils pouvaient compter sur un soutien accru de la part du gouvernement avec la mise en oeuvre de la stratégie « **Vieillir chez soi** ». Cette stratégie a été conçue pour aider les personnes âgées à rester en bonne santé et continuer à vivre chez elles de manière autonome et digne le plus longtemps possible. Dans le cadre de la stratégie Vieillir chez soi, le RLISS du Centre-Est investira 20 millions de dollars dans les services de soutien communautaire destinés aux aînés et à leurs soignants au cours des trois prochaines années. La première année, des fonds de 4,6 millions de dollars seront consacrés à l'amélioration de trois des secteurs d'intervention énumérés ci-dessus, soit : les services communautaires de soutien, le soutien aux soignants et l'hébergement avec services de soutien. Le RLISS se réjouit non seulement des améliorations qui seront apportées grâce à la nouvelle subvention gouvernementale, mais également de leur portée et de leur efficacité optimisées par la volonté de coopération et le sens de l'innovation de ses partenaires.

Réalisations

Le RLISS du Centre-Est félicite l'**équipe du projet sur la gestion des urgences gériatriques (GUG)** du RLISS. Grâce à une subvention obtenue dans "**le cadre de la stratégie provinciale pour le soutien à la réduction des temps d'attente**", cette équipe a recruté, embauché et formé cinq infirmières spécialisées dans les GUG, qui ont été affectées aux cinq services d'urgence du Centre-Est! Ce projet, l'un des premiers exemples du considérable pouvoir de la coopération, est la pierre angulaire de l'amélioration du système des soins gériatriques du RLISS. La gestion de ce projet a été assurée en étroite collaboration avec l'équipe du Programme gériatrique régional de Toronto. Bien que leur entrée en fonction soit très récente, les infirmières GUG des services d'urgence des hôpitaux du Centre-Est ont déjà évalué 800 aînés en perte d'autonomie en 2007-08.

Autres projets de soins continus pour les aînés et projets Vieillir chez soi mis en oeuvre en 2007-08 :

Pour le secteur prioritaire de l'hébergement avec service de soutien :

- élaboration d'un répertoire en ligne des ressources d'hébergement avec service de soutien disponibles dans le Centre-Est;
- recherche, exploration et recommandations des meilleurs modèles et pratiques en matière d'hébergement avec service de soutien;
- élaboration d'une méthode équitable, transparente et soutenable de sélection des sites de mise en oeuvre de nouvelles ressources ou d'amélioration des ressources existantes en matière d'hébergement avec service de soutien dans le RLISS du Centre-Est;
- identification des obstacles et élaboration des solutions éventuelles pour la prise en charge des besoins d'hébergement avec service de soutien;
- exploration, documentation et recommandations sur les meilleures pratiques et approches pour l'intégration axée sur le client des ressources de prise en charge et d'évaluation des besoins en matière d'hébergement avec service de soutien;
- élaboration d'un mécanisme de partage collaboratif de l'information sur les ressources, les occasions de formation et les meilleurs modèles et pratiques entre les fournisseurs d'hébergement avec service de soutien; et
- sensibilisation accrue à l'importance de l'hébergement avec service de soutien en tant que composante clé du continuum des soins.

Pour le secteur prioritaire des services de soutien communautaire :

- évaluation de l'infrastructure et des ressources actuelles des services de soutien communautaire (ce que nous avons et ce dont nous avons besoin);
- élaboration de recommandations sur les investissements prioritaires dans l'infrastructure des services communautaires (ISC), selon la zone géographique et le type de service;
- identification des obstacles et des occasions d'investissement pour l'amélioration de l'ISC, y compris les initiatives novatrices;
- recommandation de stratégies pour l'amélioration de l'intégration de l'ISC et des systèmes étendus des services et des ressources humaines en santé.

Pour le secteur prioritaire du soutien aux soignants :

- élaboration des lignes directrices sur les investissements pour le renforcement du système de services de soutien aux soignants du RLISS du C.-E., y compris une analyse des meilleures pratiques (au sein des organismes et dans la documentation spécialisée) la conception d'un processus d'évaluation; et
- conception et mise en oeuvre d'un programme pilote de soutien spécifique aux soignants pour l'aide aux soignants aux prises avec des cas particulièrement complexes et exigeants.

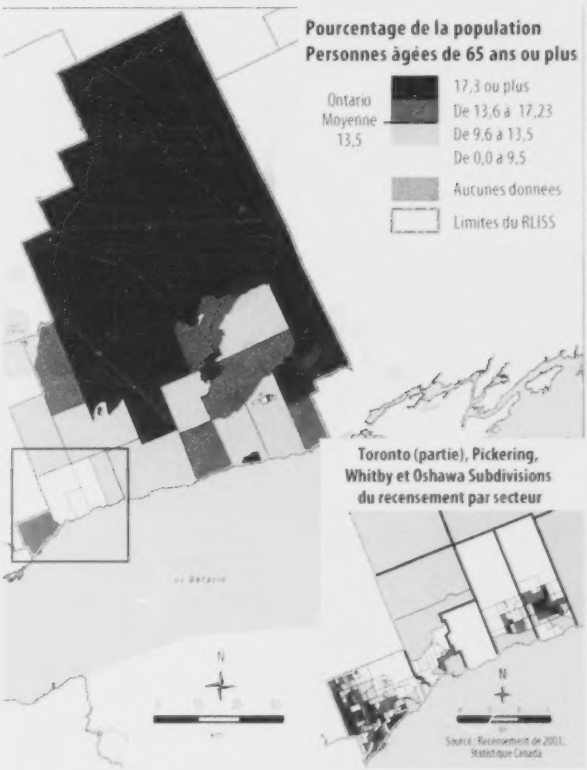
Pour le secteur prioritaire du transport en milieu rural :

- réalisation d'une étude de l'environnement des services de transport en milieu rural offerts par les cinq centres d'accès aux soins communautaires du Centre-Est et d'une évaluation des meilleurs modèles utilisés dans les autres régions de l'Ontario.

Pour le secteur prioritaire du programme Home at Last dans le RLISS du Centre-Est :

- mise en oeuvre d'un programme assurant le retour et la réintégration sécuritaires des personnes âgées en perte d'autonomie et autres personnes vulnérables ou vivant seules dans leurs collectivités; intégration du programme de transport et de réintégration lors de la sortie de l'hôpital; accès à des services intégrés et personnalisés en fonction des besoins spécifiques du client et de sa famille, ce qui peut comprendre le transport de retour à la maison, l'assistance d'un préposé aux services de soutien à la personne pour le ramassage des médicaments à la pharmacie, l'installation sécuritaire du client lors du retour à la maison, de l'aide à la préparation des repas et à l'entretien domestique, des évaluations de la sécurité à la maison et un appel téléphonique de suivi pendant la semaine suivant la réintégration.

Pourcentage des personnes âgées de 65 ans ou plus



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Le 24 août 2007

le RLISS du Centre-Est a approuvé 42 nouveaux environnements d'hébergement avec service de soutien à Peterborough.

Le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a approuvé le financement 42 nouveaux environnements d'aide à la vie autonome à Peterborough, dans le cadre du réaménagement de Peter et de Marycrest.

Priorités en matière de soins de santé

Prévention et la gestion des maladies chroniques

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 15 membres
Appartenance au réseau : 80 membres ou organismes

Faits saillants sur les maladies chroniques

Pour l'ensemble de la population du RLISS du Centre-Est, les maladies chroniques que sont le cancer, le diabète, la dépression, la maladie cardiaque, l'hypertension, l'AVC, l'asthme, la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'arthrite, sont associées à

- un départ de l'hôpital sur quatre de tous les malades hospitalisés;
- une consultation sur dix auprès des services d'urgence;
- une consultation sur cinq auprès des médecins généralistes ou des médecins de famille;

36 % de tous les résidents du RLISS du Centre-Est souffrent d'une des maladies chroniques ci-dessus. L'arthrite et l'hypertension viennent en première position.

Activités

L'énoncé de la mission du réseau PLCMC est fondé sur un message clair : « Ensemble, nous créerons un système qui favorise la promotion de la santé, ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques par le biais de la planification coordonnée, de la prestation fondée sur les meilleures pratiques et de l'amélioration continue ». Parmi les maladies chroniques cibles du réseau, on retrouve la maladie vasculaire, l'AVC, la néphropathie, le diabète, l'arthrite et la maladie respiratoire.

Le comité directeur du réseau, qui comprend 15 membres, est coprésidé par le Dr George Buldo, néphrologue (Lakeridge Health Corporation) et le Dr Don Harterre, médecin en chef (Équipe de santé de famille de Peterborough). Le réseau compte actuellement 80 membres (organismes et personnes), ce qui lui donne une perspective élargie de la PGMC, tant du point de vue des utilisateurs et des fournisseurs de services, que des pharmaciens et des spécialistes des services récréatifs et thérapeutiques.

Pour promouvoir la communication et la coopération, le comité directeur a lancé un site Web destiné aux membres du réseau. Ce site Web est un outil clé pour la communication des messages du comité, les nouvelles ressources sur la gestion des maladies et les programmes de formation disponibles. Les membres du réseau ont notamment utilisé leur site Web pour soumettre leurs commentaires sur les stratégies de gestion de la bronchopneumopathie des associations pulmonaires.

Le réseau concentre ses activités sur l'élaboration de stratégies pour la mise en oeuvre du programme provincial sur la PGMC. Les intervenants de la PGMC misent sur la coopération et la communication pour atteindre les objectifs ci-dessous :

- mobiliser les collectivités et promouvoir l'engagement proactif parmi les partenaires communautaires;
- informer et mobiliser les résidents et les familles; et
- promouvoir l'engagement proactif des équipes de soins.

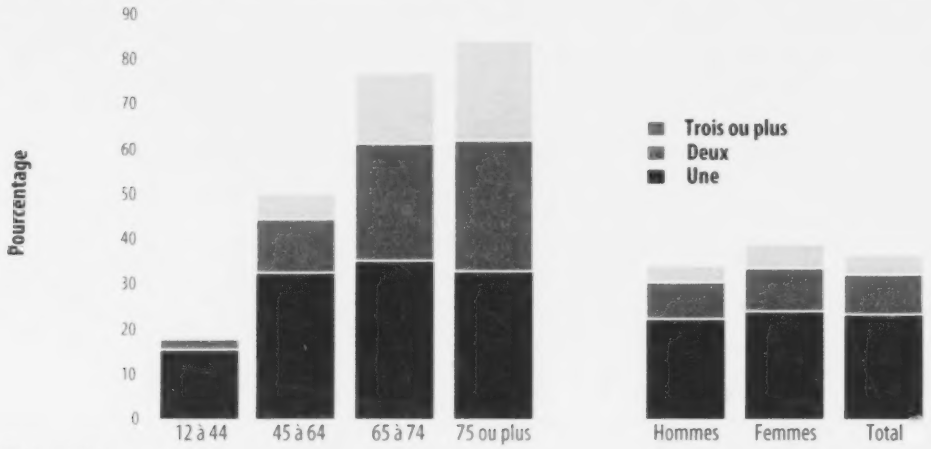
Le cadre de planification de la PGMC du RLISS du Centre-Est présente la mission, les principes directeurs et les activités prioritaires en matière de PGMC, lesquelles sont fondées sur les objectifs clés énoncés dans le PSSI. Ce cadre de travail facilite la détermination des occasions d'amélioration en créant un point d'accès unique et coordonné à l'information sur les nombreux programmes de dépistage, d'éducation et de prise en charge par le patient atteint de maladie chronique existants.

Réalisations

Les initiatives prioritaires du réseau mettent en valeur plusieurs éléments clés du modèle de PGMC.

Aide à la décision à l'intention des fournisseurs : Diabète
Le nouveau réseau de gestion du diabète du RLISS du C.-E. oeuvre à l'amélioration des services et des soins offerts aux diabétiques. **À cette fin, il publiera en 2008 ses nouvelles lignes directrices sur la pratique clinique**. Ce projet a pour but de sensibiliser les fournisseurs locaux de services aux diabétiques aux meilleures pratiques en matière de soins.

Personnes âgées de 12 ans ou plus atteintes d'une, deux ou trois maladies chroniques, ou plus, par groupe d'âge et selon le sexe (Ontario, 2005)



	12 à 44	45 à 64	65 à 74	75 ou plus	Hommes	Femmes	Total
Trois ou plus	0,5	5,8	15,9	22,2	3,9	5,3	4,6
Deux	2,6	11,8	25,9	29,1	8,1	9,6	8,9
Une	15,0	32,2	35,0	32,6	21,9	23,7	22,8

Source : Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistiques Canada, fichier partagé Ontario

Conception du système de prestation : ACV

Le programme coordonné de prévention des ACV du RLISS du Centre-Est a été accueilli favorablement par le comité directeur de la prévention des ACV de l'Ontario, qui a convenu de l'utiliser pour procéder à une évaluation des frontières interorganisationnelle et intersectorielles des RLISS et à l'établissement d'un centre de prévention des ACV pour la région de Durham. Ce projet vise à améliorer l'accès aux programmes de traitement des ACV, un besoin particulièrement criant dans la région de Durham, ainsi que le continuum et l'accès à distance des soins requis à la suite d'un ACV. L'équipe de Northumberland-Havelock contribue également à ce projet.

Conception du système de prestation : Néphropathie chronique

Les programmes de gestion de la prévention de la néphropathie de Durham, Scarborough et Haliburton-Kawartha-Pineridge (HKPR) ont été regroupés pour former le **réseau de gestion de la néphropathie du RLISS du Centre-Est.** Ce réseau s'est associé à d'autres intervenants en matière de prévention des maladies pour élaborer une stratégie d'harmonisation des programmes et s'assurer de la qualité des soins offerts aux résidents atteints de néphropathie. Ses travaux portent notamment sur :

- l'uniformisation des services clés, l'analyse métrique des coûts, les indicateurs de qualité et les méthodes d'établissement des rapports;
- l'élaboration d'un plan d'urgence pour le RLISS en ce qui a trait aux services de dialyse et l'établissement d'une clinique de suivi à la suite d'une greffe; et
- l'élaboration d'un plan de gestion de la demande et de la capacité des services de dialyse.

Le réseau régional sur la gestion de la néphropathie dirige le **Programme d'intervention précoce et de sensibilisation vis-à-vis de la néphropathie chronique**. Dans le cadre

Faits saillants sur les maladies chroniques

Parmi les résidents du RLISS du Centre-Est âgés de 12 ans ou plus, 50 % sont physiquement inactifs et, chez ceux qui sont âgés de 18 ans ou plus, plus de 40 % présentent une surcharge pondérale ou sont obèses.

de ce programme, il élabore des stratégies d'intervention précoce et de prévention de la progression vers la phase de dialyse axée sur la prise en charge de la maladie par le patient, l'éducation et le suivi de la condition des patients. Ce faisant, il tient compte des besoins et des facteurs de comorbidité propres aux communautés rurales et communautaires.

Autonomie et prise en charge de la maladie par le patient
Le réseau PGMC s'est inspiré **du modèle de Stanford pour élaborer sa stratégie d'harmonisation des programmes de soutien à l'autonomie et à la prise en charge de la maladie par le patient** offerts à travers le RLISS du Centre-Est. Cette stratégie repose sur le travail d'équipe des utilisateurs, des soignants et des fournisseurs des services d'éducation et de formation en matière de prise en charge et d'autonomie. L'équipe de Durham Centre-Nord contribue également à ce projet.

Politique publique en matière de santé
Le comité directeur a organisé une rencontre entre les représentants du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et le personnel du RLISS pour discuter des projets de PGMC du RLISS du Centre-Est. Le COQSS a félicité le RLISS pour l'apport de ces projets à la qualité des soins ainsi que le bien-fondé de son processus d'évaluation du rendement.

Le 31 janvier 2008

Une subvention de 3,2 millions de dollars a été annoncée pour le soutien à la prise en charge par le patient de la néphropathie et du diabète

Les maladies chroniques ayant des répercussions significatives sur la qualité de vie des résidents et le travail des fournisseurs de services de santé du RLISS du Centre-Est, le conseil d'administration du RLISS a approuvé le financement de trois projets prioritaires pour l'amélioration des soins destinés aux résidents atteints de maladies chroniques et des services de soutien offerts à leurs familles.

Priorités en matière de soins de santé

Comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie

Mobilisation communautaire

Comité d'organisation : 15 membres
Appartenance au réseau : 100 membres ou organismes

Activities

Le comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie a été passablement occupé en 2007-2008. En avril 2007, on a procédé au réaménagement de la composition et de la structure du comité directeur pour les harmoniser avec celles des comités directeurs affectés aux autres secteurs prioritaires RLISS et les processus de planification du RLISS.

La coprésidence du comité directeur a été confiée par le nombre accru de ses membres au Dr Peter Prendergast (Centre de santé mentale de Whitby) et à Mme Donna Rogers (Four Counties Addictions Services). Les 16 membres du comité directeur ont été sélectionnés parmi les nombreuses personnes ayant soumis leur candidature à cet effet, soit

Faits saillants sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (Ontario)

- En 2006-2007, des soins de santé contre la toxicomanie ont été offerts à 36 485 personnes en consultation externe et à 8 392 personnes en établissement;
- près de 22 % de la clientèle des centres d'accès aux soins communautaires sont atteints d'un trouble mental diagnostiqué; parmi les clients atteints d'un trouble mental diagnostiqué et pour lequel un traitement spécifique est défini, 85,7 % pouvaient être traités en consultation externe et 14 % pouvaient être traités en établissement (2005-2006);
- les services d'urgence des hôpitaux ontariens ont traité 189 283 patients pour des troubles de santé mentale;
- 108 286 jours de prestation d'un autre niveau de soins sont associés aux troubles de santé mentale.

des représentants des organismes, des professionnels de la santé et des résidents du RLISS. Durant l'année, le comité directeur des services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie a achevé plusieurs étapes clés dans la définition des priorités de son secteur d'intervention, dont l'évaluation et l'approbation de nombreuses initiatives prioritaires pour le RLISS, et l'évaluation de plusieurs rapports, dont ceux des groupes de travail sur les services d'urgence et la prestation d'un autre niveau de soins.

Le comité directeur a également rédigé et présenté un document de travail sur le cadre de planification aux membres du réseau de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et organisé la première réunion de son réseau étendu comptant une centaine de membres.

Realisations

La mise en oeuvre de plusieurs projets prioritaires en matière de santé a été initiée en 2007 grâce au Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est, dont :

- **la stratégie d'intervention précoce auprès des jeunes présentant des besoins en santé mentale et en toxicomanie;**
- **l'analyse de l'environnement de la lutte contre la toxicomanie;**
- **le programme de gestion des troubles alimentaires; et**
- **le projet prioritaire sur la culture, la diversité et l'équité.**

Départs des patients traités en services de santé mentale de courte durée, journées et durée moyenne du séjour (DMS), hôpitaux du Centre Est et de l'Ontario

Hôpitaux	Départs	Courte durée		Total	
		Jours	DMS	Jours	DMS
Durham					
Lakeridge Health - Bowmanville	48	186	3,9	253	5.3
Lakeridge Health - Oshawa‡	1 184	13 465	11,4	14 696	12.4
Lakeridge Health - Port Perry	31	234	7,5	418	13,5
Markham Stouffville - Uxbridge	32	183	5,7	183	5,7
Rouge Valley Health System - Ajax‡	645	6 763	10,5	7 652	11,9
Haliburton					
Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	12	78	6,5	78	65
Kawartha Lakes					
Ross Memorial	116	1 175	10,1	1 392	12.0
Northumberland					
Campbellford Memorial	72	537	7,5	1 051	14,6
Northumberland Hills	98	503	5,1	668	6,8
Peterborough					
Centre régional de santé de Peterborough‡	905	11 664	12.9	12 948	14,3
Toronto					
Rouge Valley Health System - Centenary‡	1 379	13 263	9,6	13 418	9,7
Hôpital de Scarborough - Grace‡	840	8 915	10,6	9 678	11,5
Hôpital de Scarborough - Soins généraux‡	1 028	8 022	7,8	8 932	8,7
Total pour le Centre-Est	**6 390**	**64 988**	**10,2**	**71 367**	**11,2**
Ontario	**57 683**	**621 495**	**10,8**	**696 049**	**12.1**

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2004/05.
‡Patients hospitalisés pour des soins de courte durée en psychiatrie le 31 mars 2005.

Temps d'attente et soins intensifs

Le RLISS du Centre-Est a continué de réaliser des progrès en ce qui concerte la réduction des temps d'attente au cours de l'exercice 2007-2008. Il s'est concentré sur les secteurs prioritaires ci-dessous :

- chirurgie pour le cancer
- les interventions cardiaques (angioplastie et angiographie);
- chirurgie de la cataracte
- les arthroplasties totales de la hanche et du genou; et
- les scintigrammes par IRM et par CT.

Par exemple, le 90e percentile (temps d'attente moyen pour 90 % des interventions) est passé de 222 jours, en 2006-2007, à 140 jours, en 2007-2008, pour les opérations de la cataracte. Les valeurs du 90e percentile pour les arthroplasties de la hanche et du genou sont passées à 258 jours et de 284 jours, respectivement, soit des réductions de 13 jours et de 17 jours par rapport à l'année précédente. Le temps d'attente pour l'examen par CT a également un peu diminué, passant de 56 à 52 jours. Le temps d'attente pour la chirurgie du cancer est passé à 48 jours, soit une réduction de 24 jours par rapport à l'année précédente.

Ces réductions des temps d'attente résultent des efforts soutenus et de l'engagement de nos fournisseurs de services, qui nous ont librement transmis leurs connaissances pratiques sur les processus de distribution et de réallocation du flux de travail, d'amélioration de la qualité des données et de validation des méthodes de travail.

La longueur du temps d'attente pour l'IRM dans le RLISS du Centre-Est, comme dans le reste de la province, demeure toutefois très préoccupante. Dans les faits, la valeur du 90e percentile pour l'IRM a augmenté de 21 jours en 2007-2008 pour atteindre 112 jours. Pour améliorer son rendement à cet égard, le RLISS du Centre-Est a proposé l'acquisition d'équipements d'IRM supplémentaires pour son territoire.

La contribution du groupe de travail sur la réduction des temps d'attente, dont l'élaboration des recommandations pour l'optimisation et l'amélioration de la qualité globale du service de santé, prendra une importance grandissante au fur et à mesure de la mise en oeuvre de notre stratégie. L'analyse de qualité des données, par exemple, doit être achevée pour commencer l'élaboration du plan de correction des erreurs de données qui contribuent à allonger les temps d'attente. Le groupe de travail doit également formuler des recommandations sur la transition du contrôle des systèmes à la gestion des systèmes, une entreprise qui devra être fondée sur l'innovation.

Sommaire des résultats des temps d'attente

Service	90 % de tous les cas terminés pendant					
	en jours			Année en cours vs année précédente		
	Année précédente (avril 2006 - mars 2007)	Année en cours (avril 2007 - mars 2008)	Objectif d'accès pour la province*	Différence (en jours)	Différence (%)	Rang du RLISS**
Chirurgie pour le cancer	72	48	84	- 24	- 33,3 %	2
Chirurgie du cancer						
Angiographies	18	15	-	- 3	- 16,7 %	2
Angioplastie	13	6	-	- 7	- 53,8 %	3
Chirurgie de la cataracte	222	138	182	- 84	- 37,8 %	12
Remplacement de la hanche	271	264	182	- 7	- 2,6 %	11
Remplacement du genou	301	283	182	-18 %	- 6,0 %	8
IRM	91	113	28	22	24,2 %	8
Tomodensitométrie	56	52	28	- 4	- 7,1 %	10

Objectif d'accès, niveau de priorité 4

***Le rang du RLISS (1 = le plus court, 14 = le plus long) indique les résultats actuels du RLISS par rapport aux autres RLISS de la province.*

Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Temps d'attente Les services d'urgence

Tout au long du processus de consultation auprès de nos collectivités, les résidents nous ont demandé de travailler à réduire les temps d'attente des services d'urgence de nos hôpitaux.

Au printemps 2007, le RLISS du C.-E., en collaboration avec les directions des hôpitaux, a formé le groupe de travail sur les services d'urgence, lui confiant le mandat d'évaluer les pratiques et les stratégies internes des hôpitaux et de formuler des stratégies pour l'amélioration de l'efficience et la réduction des temps d'attente des services d'urgence. Parmi les éléments à évaluer, on retrouvait les pratiques de gestion du débit de patients, les approches utilisées en matière de soins interdisciplinaires, l'accès aux services diagnostiques, les délais de déchargement des ambulances et les services sur appel. Le groupe de travail sur les services d'urgence comprend 17 membres, dont des fournisseurs de services de santé divers et des membres des directions des hôpitaux du RLISS du Centre-Est. Les membres ont été sélectionnés parmi les nombreux intervenants ayant exprimé leur intérêt à faire partie de ce groupe. La présidence du comité a été confiée par ses membres au Dr Tom Stavro-Sholdoff (Rouge Valley Health System) et la coprésidence, à Mme Debbie Watson (Haliburton Highlands Health System).

Lors d'une séance de formation en gestion d'une durée de deux jours à l'intention du groupe de travail sur les services d'urgence, financée par le RLISS du Centre-Est et supervisée par l'équipe des services d'interventions d'urgence de la région de Durham, les membres du groupe ont élaboré leur charte de travail, laquelle intègre les éléments suivants :

La vision du groupe de travail sur les services d'urgence :

« Les meilleurs soins d'urgence, partout! »

Le problème à résoudre :

L'augmentation des débits d'entrée, de traitement et de sortie des patients et de la pression exercée sur le personnel des services d'urgence du RLISS du C.-E.

Les points à améliorer :

L'amélioration de la qualité des soins et la réduction du débit de patients, des temps d'attente et de la pression exercée sur le personnel des services d'urgence.

Taux de visites au service des urgences par âge et sexe, résidents du Centre Est et de l'Ontario

Sources : Données sur les visites ambulatoires, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database; prévisions démographiques, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Visites au service des urgences par hôpital, Centre Est et Ontario

Zone	Hôpital	Visites SU
Durham	Lakeridge Health - Bowmanville	32 406
	Lakeridge Health - Oshawa	70 968
	Lakeridge Health - Port Perry	13 871
	Markham Stouffville - Uxbridge	12 632
	Rouge Valley Health System - Ajax	45 156
Haliburton	Services de santé de Haliburton Highlands - Haliburton	13 722
	Services de santé de Haliburton Highlands - Minden	13 998
Kawartha Lakes	Ross Memorial	44 541
Northumberland	Campbellford Memorial	19 956
	Northumberland Hills	27 445
Peterborough	Centre régional de santé de Peterborough	85 006
Toronto	Rouge Valley Health System - Centenary	46 224
	Hôpital de Scarborough - Grace	36 966
	Hôpital de Scarborough - Soins généraux	54 650
Total pour le Centre-Est		**517 541**
Ontario		**5 036 990**

Source : Visites ambulatoires, données du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

Le mandat :

L'évaluation des pratiques et des stratégies internes des hôpitaux et la formulation des stratégies pour l'amélioration de l'efficience et la réduction des temps d'attente des services d'urgence.

La clientèle :

Les patients.

L'avantage recherché :

- La réduction des temps d'attente pour les soins d'urgence, y compris le temps de déchargement des ambulances
- L'amélioration du débit de patients
- La satisfaction accrue des patients et du personnel
- La qualité accrue des soins

Les avantages non tangibles (liés à la stratégie du groupe de travail sur les services d'urgence) :

L'optimisation de la mobilisation, du soutien, de l'engagement, de la coopération, de l'intégration, de la promotion du travail d'équipe et de concertation parmi les services, les médecins et les membres du personnel de première ligne des services d'urgence des hôpitaux.

Les membres du groupe de travail se sont réunis à plus de 20 occasions pour achever l'élaboration de leur rapport final, de leurs recommandations et de leur plan de mise en oeuvre, qui doit être lancée au début de l'été 2008. Tout au long de ce processus, divers membres du groupe de travail ont consulté les partenaires de planification du RLISS, dont les équipes de planification, d'autres groupes de travail et les comités directeurs sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et sur les soins continus pour les aînés.

Temps d'attente le groupe de travail sur la prestation d'un autre niveau de soins;

La qualité de la prestation d'un autre niveau de soins (ANS) préoccupe également les résidents et les hôpitaux locaux. La prestation d'un autre niveau de soins (ANS) intervient lorsqu'à la fin d'un traitement en établissement hospitalier ou d'un traitement de courte durée, un patient doit prolonger son séjour à l'hôpital, en raison de la non-disponibilité ou de l'inaccessibilité des services communautaires dont il a besoin (par exemple, des soins de longue durée, des services de réadaptation ou des soins à domicile). Non seulement un tel patient ne bénéficie pas des bons soins au bon endroit, mais la prolongation de son séjour retarde l'admission d'un autre patient.

Le pourcentage de jours de prestation d'ANS, qui constitue l'indicateur de rendement pour ce secteur d'intervention, demeure insatisfaisant dans le RLISS du Centre-Est, comme d'ailleurs, dans le reste de la province. Pour arriver à contrôler ce problème grandissant, le RLISS du Centre-Est s'est associé aux directions des hôpitaux locaux pour constituer le groupe de travail sur la prestation d'ANS du Centre-Est. Les membres du groupe de travail représentent 16 organismes de soins de santé à domicile, en établissement, de longue durée et de courte à moyenne durée. Les membres du groupe de travail sur la prestation d'ANS (dont des représentants d'hôpitaux de soins généraux et tertiaires, du Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est, de maisons de soins de longue durée et de services de soutien communautaire) ont été sélectionnés parmi les nombreux intervenants ayant exprimé leur intérêt vis-à-vis de ce secteur prioritaire. Le groupe de travail est présidé par Sheila Neuburger (Centre de santé mentale de Whitby). Sa vice-présidence a été confiée à Glyn Boatswain (Rouge Valley Health System). Pendant l'année 2007-2008, les membres du groupe de travail se sont réunis à plus de 20 occasions. Ils ont également assisté à une séance de formation sur la gestion de projet, d'une durée de deux jours, pendant l'été 2007, durant laquelle ils ont élaboré la charte de leur projet.

Le **principal objet** des recommandations du groupe sur la prestation d'ANS est d'améliorer les résultats pour les patients qui séjournent dans un hôpital de soins de courte durée, mais ont besoin d'un autre niveau de soins. Parmi les améliorations visées, on retrouve :

- l'accès en temps opportun au niveau de soins approprié et la réduction du temps d'attente en milieu hospitalier;
- l'évaluation plus précoce des besoins pour des soins de longue durée et la planification plus précoce, en collaboration avec le patient et sa famille, des mesures à prendre au moment de la sortie; et
- l'amélioration du soutien communautaire visant à permettre aux personnes de demeurer plus longtemps à domicile.

Départ des patients en autre niveau de soins (ANS), journées et durée moyenne du séjour (DMS) par zone de résidence, résidents du Centre Est et de l'Ontario

Région de résidence	ANS		
	Départ	Jour	DMS
Durham	1 548	19 345	12,5
Haliburton	19	275	14,5
Kawartha Lakes	160	1 813	11,3
Northumberland	343	2 679	7,8
Peterborough	177	5 294	29,9
Toronto	1 254	15 602	12,4
Total pour le Centre-Est	**3 501**	**45 008**	**12,9**
Ontario	**38 912**	**565 640**	**14,5**

Source : Données sur les sorties des patients, MSSLD, Provincial Health Planning Database, 2004/05.

La **vision** élaborée par le groupe de travail : le bon service, au bon endroit et au bon moment.

Nous envisageons un système fondé sur l'approche proactive, qui permet aux patients d'obtenir le bon service, au bon moment, au bon endroit et du bon fournisseur.

Le groupe de travail sur la prestation d'ANS a préparé plus de 50 recommandations pour réduire de plus de 50 % les volumes de prestation d'ANS au cours des prochaines années, tout en étant conscient que pour connaître le nombre réel de patients ne recevant pas le bon service au bon moment, il leur faudra également étudier l'état d'autres services de santé que les soins de courte durée. L'achèvement du rapport final et du plan de la mise en oeuvre est prévu pour le début de l'été 2008.

Tout au long du processus d'élaboration de ce rapport et de leurs recommandations, divers membres du groupe de travail ont consulté les partenaires de planification du RLISS, dont les équipes de planification, d'autres groupes de travail et les comités directeurs sur les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie, et sur les soins continus pour les aînés.

Soins intensifs

Le RLISS du Centre-Est compte huit hôpitaux des soins intensifs de niveau 3 ou de niveau 2. La prestation des services de soins intensifs est assurée par les quatre grands hôpitaux du RLISS du Centre-Est : 1. l'Hôpital de Scarborough, Rouge Valley Health System, Lakeridge Health et le Centre régional de santé de Peterborough. Parmi les soins intensifs critiques actuellement non disponibles dans le RLISS du Centre-Est, on retrouve la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, la traumatologie complexe et les soins aux brûlés, de même que les soins respiratoires chroniques.

Dans son plan de services de santé intégrés, le RLISS du Centre-Est décrit les mesures continues qu'il compte prendre pour soutenir la stratégie provinciale sur les soins intensifs. Le réseau des soins intensifs du RLISS du Centre-Est a été formé en 2006. Les résultats visés par le RLISS dans ce secteur d'intervention figurent dans l'énoncé de la vision du réseau pour la création d'un système qui « permet aux patients d'obtenir le bon service, au bon moment, au bon endroit » et pour l'intégration des ressources de soins intensifs du RLISS du Centre-Est en un « guichet unique pour l'accès aux soins intensifs ». Le plan de services de santé intégrés définit trois objectifs spécifiques à atteindre pour notre région :

1. mise en oeuvre d'un modèle de gestion améliorée des soins intensifs de niveau 3 (Rouge Valley Health System, Lakeridge Health et le Centre régional de santé de Peterborough);
2. évaluation des ressources humaines en santé;
3. conception d'un système de « disponibilité continue » de lits pour mieux satisfaire aux besoins des résidents du territoire du RLISS en matière de soins intensifs locaux.

Avec l'appui du directeur des soins intensifs du RLISS du Centre-Est, le Dr Howard Clasky (Hôpital de Scarborough), la prestation des soins intensifs offerts dans la région s'est considérablement améliorée. Parmi les réalisations marquantes, on retrouve :

- l'établissement du réseau des soins intensifs du RLISS du Centre-Est; et
- la mise en oeuvre du modèle de gestion améliorée dans toutes les unités des soins intensifs maintenant 3 (RVHS, LHC, PRHC). Pour le RLISS, les fournisseurs de soins de santé et les patients, ces initiatives se révèlent très fructueuses.
- L'unité des soins intensifs de niveau 2 de l'Hôpital de Northumberland Hills utilise désormais un modèle fermé. Il s'agit d'une remarquable réussite, dont nous devons toutefois assurer la durabilité.
- L'hôpital de Rouge Valley, Ajax et Pickering compte maintenant trois lits de soins intensifs du niveau 2 et de soins de courte durée supplémentaires. Le Lakeridge Health à Oshawa dispose de 18 lits de niveau 3. Le nombre total de lits de soins intensifs est passé de 128 à 133.
- La flotte du service de transport provincial ORNGE à Peterborough comptera bientôt une nouvelle ambulance pour le transport des patients des unités des soins intensifs. Ceci facilitera le transfert des patients entre les établissements de soins dans l'est du RLISS. Avant cela, le transport par ambulance ne pouvait être offert au-delà du site du Lakeridge Health à Oshawa.
- L'équipe de soins intensifs d'intervention (ÉSSI) est constituée de fournisseurs de services de santé possédant une expertise de grande valeur des soins généraux à prodiguer en plus des soins d'urgence. Une ÉSSI est actuellement en place à l'Hôpital de Scarborough (soins généraux). Le Ross Memorial Hospital a formé et affecté une infirmière à la direction de sa nouvelle ÉSSI. Le RLISS du Centre-Est tient à féliciter les auteurs de ce projet pour leur contribution à l'amélioration de la qualité des soins offerts aux patients!

Le 20 avril 2007

Le gouvernement de l'Ontario a annoncé un nouvel investissement visant à augmenter le nombre de lits de soins intensifs disponibles .

Le gouvernement de l'Ontario investit 1,5 million de dollars pour améliorer l'accès des patients aux soins intensifs à l'hôpital de Rouge Valley, Ajax et Pickering.

Instrument

Soins de santé primaires;

Les meilleurs soins primaires, partout.

Mobilisation communautaire

Groupe de travail sur les soins primaires Ce groupe constitué de 17 membres a pour mandat d'évaluer le continuum des services de soins primaires à travers le RLISS du Centre-Est.

Activites

Les soins de santé primaire représentent souvent la porte d'entrée du service de santé et ce, pour un grand nombre de personnes. L'amélioration de l'accès aux services de soins primaires passe par celle de leur intégration et de leur coordination, ce qui constitue l'une des composantes essentielles de la création d'un système de santé intégré. Le RLISS reconnaît le caractère essentiel de la qualité des soins primaires pour le développement d'un système de santé efficace et solide, ce qui explique l'importance de la mobilisation des fournisseurs de soins primaires pour l'intégration des soins de santé offerts aux patients.

À l'exception des centres de santé communautaire, la plupart des fournisseurs de soins primaires sont les médecins qui, à ce titre, ne sont pas admissibles au financement ni soumis aux compétences des RLISS. Toutefois, l'atteinte de nos objectifs prioritaires passe par l'élaboration de solutions intégrées et par la formation de partenariats avec les fournisseurs de soins primaires. L'intégration des soins hospitaliers et des soins primaires offerts dans la communauté est l'une des meilleures occasions d'amélioration qui soient.

Le groupe de travail sur les soins primaires (GTSP) est un groupe consultatif permanent sur la mise en oeuvre des objectifs du plan de services de santé intégrés sur les soins primaires. La pratique des soins primaires est très diversifiée, ce qu'illustre la composition du groupe de travail. Ceux-ci représentent notamment les cabinets en milieu rural et en milieu urbain, les hôpitaux, les équipes de santé familiale, les groupes Santé, les centres de santé communautaire, les établissements de soins de longue durée et de santé mentale, les cliniques en pharmacie et la santé publique.

Stimulés par l'énoncé de leur vision, « Les meilleurs soins primaires, partout. », le GTSP a entrepris l'élaboration de sa stratégie pour l'atteinte des objectifs en explorant les diverses initiatives novatrices pouvant contribuer à l'amélioration de la prestation des soins primaires. En 2007-2008, le groupe de travail a élaboré des projets et des initiatives poursuivant les buts ci-dessous : amélioration de l'accès aux soins primaires; mise en oeuvre de systèmes de gestion de cas novateurs pour faciliter les déplacements des patients entre les soins primaires, communautaires et spécialisés; amélioration de l'accès à l'évaluation de la santé pour les résidents sans fournisseur de soins primaires attitré; et regroupement des fournisseurs de soins primaires du RLISS au sein d'un réseau solidement établi, ce qui constitue l'un des principaux objectifs du GTSP. Dans ce but, on a entrepris la formation d'un **réseau des soins primaires** et invité les sept **centres de santé communautaire** du RLISS à participer à des séances de discussions coopératives et stratégiques. Grâce aux nouvelles ententes de responsabilisation passées avec les CSC, le RLISS a pu intensifier ses efforts de mobilisation communautaire pour l'élaboration et la planification de la stratégie, des opérations et de la gouvernance des CSC, conformément aux nouvelles responsabilités qui leur ont été confiées.

Le 7 septembre 2007

L'ACCÈS AUX SOINS PRIMAIRES SERA FACILITÉ DANS LA RÉGION DE KAWARTHA LAKES

Le président du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est, M. Foster Loucks, a annoncé aujourd'hui que l'accès aux soins primaires et communautaires serait amélioré pour les résidents de la région Nord du Centre-Est grâce à la décision du gouvernement de créer un nouveau centre de santé communautaire dans la Ville de Kawartha Lakes.

Le développement des capacités des soins primaires par l'entremise des solutions de cybersanté fait partie des principaux buts de l'initiative prioritaire sur l'**accès opportun aux systèmes d'information sur le départ.** Pendant la première phase du projet, on travaillera à améliorer l'accès à l'information saisie au moment de la sortie de l'hôpital des patients pour les fournisseurs de soins primaires des collectivités de Peterborough et de Scarborough. Après avoir été soumis à une analyse, les flux de travail et les systèmes de cybersanté seront réaménagés pour optimiser le partage des données. Les enseignements tirés de cette phase pilote serviront à améliorer le processus de mise en oeuvre de ce projet dans les autres collectivités du RLISS.

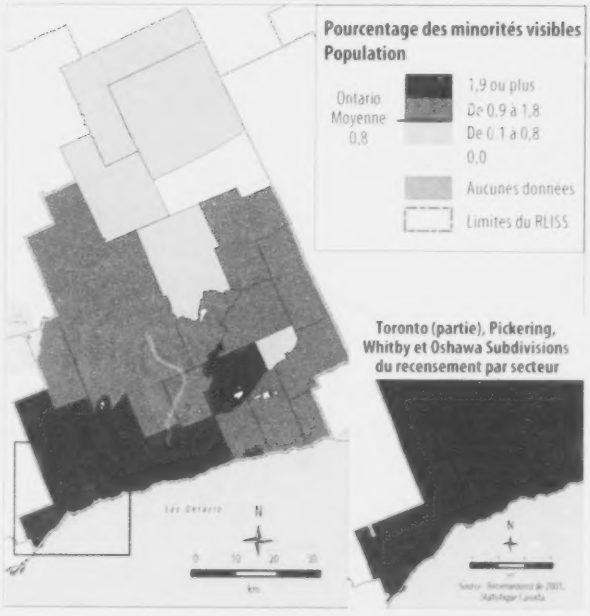
Instrument

Diversité

Les équipes locales des Centres de Scarborough-Agincourt-Rouge et des Falaises de Scarborough (avec l'aide de l'équipe de Durham Ouest) ont lancé **le projet prioritaire sur la culture, la diversité et l'équité.** La mise en oeuvre de ce projet a été rendue possible grâce à une subvention du Fonds pour les initiatives prioritaires urgentes du RLISS du Centre-Est. Un directeur de projet a été embauché pour former l'équipe affectée au projet et élaborer le plan à partir des orientations directrices qui figurent dans la charte du projet. Les principales réalisations visées sont :

- l'élaboration d'un plan détaillé sur la diversité et la culture pour le RLISS et les fournisseurs de services de santé; et,
- tel que prévu par le PSSI, l'établissement d'une liste publique des services actuellement disponibles pour les personnes non assurées et d'une liste publique des services de soutien culturellement adaptés existants.

Pourcentage des minorités visibles



Source : Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Projet d'intelligence de système de santé

Instrument

Planification des services santé

En novembre 2007, plus de 200 fournisseurs et utilisateurs de services de santé du RLISS du C.-E. se sont réunis à l'occasion d'une séance de réflexion visant à orienter **le processus de planification des futurs services cliniques et hospitaliers.** Les chefs de file du système de santé ont présenté de l'information et des recommandations de grande valeur sur le sujet, en plus de contribuer à l'identification des besoins de recherche pour la définition des futurs modèles de gestion de la prestation des soins de courte durée. Les participants ont convenu de former un réseau de soins de

courte durée visant à offrir les meilleurs soins hospitaliers, partout, ce qui signifie que tout résident d'une collectivité locale, où qu'elle soit située, dispose de l'accès à toute la gamme des services hospitaliers offerts à travers le territoire du RLISS, voire même dans toute la province.

Activités

En août 2007, le conseil d'administration du RLISS du C.-E. a approuvé l'intégration de la mise en oeuvre du **projet de planification des futurs services cliniques et hospitaliers** dans son plan annuel pour la prestation des services de 2008-2009. L'élaboration du plan sur les services hospitaliers et cliniques fait partie des priorités et des objectifs définis dans notre plan de services de santé intégrés.

Le cadre de prestation des services cliniques et le plan pour la création d'un réseau intégré de soins de courte durée représentent une importante contribution au développement d'un système de soins hospitaliers efficace et durable pour tous les hôpitaux du RLISS du C.-E., quelle que soit leur taille. Cette première phase du plan sera achevée en 2008. Les services prioritaires sont ceux dont la qualité et l'accès suscitent le plus de préoccupations. On s'attend à ce que le cadre et le plan de prestation des services contribuent à promouvoir la qualité et la sécurité du système de soins de santé, à accélérer l'intégration du système en milieu hospitalier, à soutenir la responsabilisation fiscale de notre système de santé, à garantir des futures ressources suffisantes pour les hôpitaux, à maintenir à qualité au cœur du processus de décision du RLISS et à optimiser le soutien au renouvellement et le sens de l'innovation dans l'ensemble du RLISS.

Au moins cinq types de services cliniques seront considérés dans le cadre de cette initiative d'amélioration clé, soit la chirurgie vasculaire, la chirurgie thoracique, les soins cardiaques (y compris le P.C.I.), la santé maternelle et infantile et les services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (y compris la santé mentale des enfants, des adolescents et de famille). D'autres programmes pourraient être mis en oeuvre selon les résultats de l'étude sur les pratiques cliniques et des autres données collectées tout au long du processus de planification.

Réalisations

Cette initiative revêt une importance considérable pour le renouvellement du système de santé du RLISS du Centre-Est. Par conséquent, une invitation a été lancée aux experts et aux planificateurs de la santé du pays afin de nous doter de la meilleure expertise possible pour la poursuite de nos activités. Plusieurs équipes d'experts reconnus à travers le pays ont déjà répondu à notre demande de propositions. L'étude et l'évaluation des propositions, sous la direction du Centre d'accès aux soins communautaires, ont été confiées à un groupe d'experts représentant les hôpitaux, la communauté médicale et les partenaires communautaires du Centre-Est.

Instrument

Cybersanté

Mobilisation communautaire

Présidé par Lewis Hooper le chef de la direction régionale et responsable de la cybersanté pour le RLISS du Centre-Est, le comité d'organisation de la cybersanté est constitué de dix membres d'organismes de santé des milieux urbains et ruraux du RLISS du Centre-Est pour nous assurer de bien refléter la diversité de nos collectivités. Le comité tient à répondre aux soins de l'ensemble des collectivités en tenant compte de la diversité des environnements de services et de soins, dont les centres de santé communautaire, les soins de longue durée, les soins hospitaliers, les soins à domicile, les organismes de services de santé mentale et les soins primaires.

Activités

Créé au printemps de 2007, le comité d'organisation de la cybersanté a pour mandat de diriger le processus d'élaboration et de mise en oeuvre du plan stratégique et tactique du RLISS pour permettre à tous les fournisseurs de santé du RLISS d'accéder aux systèmes de cybersanté et au plein potentiel des technologies de l'information et des communications. La vision et les orientations stratégiques de la cybersanté du RLISS du Centre-Est formulées dans ce plan sont harmonisées avec celles du gouvernement et des autres RLISS.

Réalisations

- Élaboration d'une vision stratégique sur la coopération à travers le RLISS, soutenue par la création d'un groupe consultatif sur la gestion de la technologie de l'information et d'un groupe de travail sur la technologie de l'information;
- élaboration d'un plan harmonisé avec les initiatives connexes mises en oeuvre dans le RLISS;
- réalisation d'une étude de faisabilité sur la centralisation des données en collaboration avec deux autres RLISS;
- déploiement du système d'information des laboratoires de l'Ontario (OLIS);
- établissement d'un partenariat avec le projet PACS pour la création du référentiel de données d'imagerie diagnostique des services hospitaliers (HDIRS), qui à permettra à 33 hôpitaux ontariens de partager les données et rapports d'IRM;
- mise en oeuvre de la phase pilote du déploiement d'un système de cybergestion des données d'aiguillage, dans le cadre du projet coopératif sur les transferts des patients de l'Hôpital de Scarborough destiné à tous les hôpitaux du RLISS du Centre-Est;
- mise à niveau de la connectivité globale du RLISS et augmentation de la largeur de bande disponible selon les besoins de chaque secteur;
- mise en oeuvre du Visualiseur des profils pharmaceutiques de l'Ontario, un système d'information électronique qui donne aux fournisseurs de services de santé, dont les services des urgences des hôpitaux, l'accès aux renseignements sur les demandes de règlement de frais de médicaments des bénéficiaires du Programme de médicaments de l'Ontario (PMO) à l'Hôpital de Scarborough et dans d'autres hôpitaux du RLISS du Centre-Ouest; et
- mise en oeuvre d'un système automatisé de paiement par voie électronique à l'intention des personnes qui souhaitent effectuer des paiements en ligne.

Instrument

Transformation administrative

La transformation administrative fait partie des instruments clés pour le soutien aux secteurs stratégiques présentés dans le plan de services de santé intégrés du RLISS du Centre-Est. La création de nouveaux services administratifs partagés est un excellent exemple d'initiative contribuant à la transformation administrative.

À l'occasion de sa réunion publique de février 2007, le conseil d'administration du RLISS du Centre-Est a présenté et approuvé la première « notification volontaire de l'intention d'intégrer » en vertu de la *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)*.

La soumission de cette notification volontaire fera partie des critères d'admissibilité pour l'adhésion à la **Central Ontario Health Procurement Alliance (COHPA)**, un nouveau service administratif partagé. Le Centre régional de santé de Peterborough, le Ross Memorial Hospital et quatre autres hôpitaux publics situés hors du RLISS du Centre-Est se joindront à cette Alliance.

L'intégration des tâches administratives de plusieurs organismes, par exemple, la gestion des ressources humaines, de la paye et des TI, mène à l'efficience accrue des processus et à la réduction des coûts. Les organismes, par l'entremise de leurs services administratifs partagés, peuvent économiser grâce à l'achat des fournitures en gros, par exemple. En termes simples, le pouvoir d'achat total d'un regroupement d'organismes est supérieur au pouvoir d'achat total des mêmes organismes individuels. Cela permet au regroupement de profiter des remises de volume accordées par les fournisseurs.

Bien que l'usage de cette pratique dans le secteur soit tout à fait courant depuis plus d'une décennie, le secteur public ne s'y intéresse que depuis peu d'années. Dans le RLISS du Centre-Est, un partenariat de services administratifs partagés a été créé par l'Hôpital de Scarborough, le Rouge Valley Health System et la Lakeridge Health Corporation sous le nom de Plexxus, dont font également partie plusieurs grands hôpitaux universitaires de Toronto.

COMPTE-RENDU DES OPÉRATIONS ET DE LA GOUVERNANCE DU RLISS

En accord avec notre volonté de faire preuve de transparence envers toutes les communautés du RLISS du Centre-Est, des réunions publiques du conseil d'administration ont lieu dans toute la région, et continueront à avoir lieu. Pendant cette période de déclaration, votre RLISS a tenu six réunions publiques (Kawartha Lakes, Scarborough, Minden, Ajax, Oshawa et Pickering) fréquentées par environ 200 résidents et représentants des médias locaux. Le RLISS du Centre-Est a créé quatre comités de direction dont les réunions sont également ouvertes au public. Un poste était à pourvoir au sein du conseil d'administration à la fin de l'exercice 2007-2008.

Pendant la période allant du 1er avril 2007 au 31 mars 2008, le personnel du RLISS du Centre-Est regroupait 20 professionnels engagés. Malgré le départ de quelques-uns des membres fondateurs de son équipe dirigeante, le RLISS a continué de poser des jalons clés pour la concrétisation de sa vision et l'exécution de son mandat. En novembre 2007, l'équipe du RLISS a accueilli son nouveau Chef de la direction, Mme Deborah Hammons.

Deloitte

Deloitte & Touche s.r.l.
5140 Yonge Street
Suite 1700
Toronto (Ontario) M2N 6L7
Canada

Tél. : 416-601-6150
Téléc. : 416-601-6151
www.deloitte.ca

RAPPORT DES VÉRIFICATEURS

Aux membres du conseil d'administration du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est

Nous avons vérifié l'état de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») au 31 mars 2008 et les états des activités financières, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date. La responsabilité de ces états financiers incombe à la direction du RLISS. Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur ces états financiers en nous fondant sur notre vérification.

Notre vérification a été effectuée conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les états financiers sont exempts d'inexactitudes importantes. La vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des montants et des autres éléments d'information fournis dans les états financiers. Elle comprend également l'évaluation des principes comptables suivis et des estimations importantes faites par la direction ainsi qu'une appréciation de la présentation d'ensemble des états financiers.

À notre avis, ces états financiers donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation financière du Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est au 31 mars 2008 ainsi que des résultats de son exploitation, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date selon les principes comptables généralement reconnus du Canada.

Deloitte & Touche s.r.l.

Comptables agréés
Experts-comptables autorisés
Le 9 mai 2008

ÉTAT DE LA SITUATION FINANCIÈRE

au 31 mars 2008

	2008	2007
	$	$
Actifs financiers		
Trésorerie	**1 598 513**	587 980
Montant à recevoir du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère »)	**7 013 110**	-
Débiteurs	-	281 000
	8 611 623	868 980
Passifs		
Créditeurs et charges à payer	**742 425**	648 723
Montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**7 013 110**	-
Montant à verser au Ministère (note 3b)	**869 115**	181 019
Montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS (note 4)	**1 844**	88 832
Apports de capital reportés (note 5)	**309 822**	442 532
	8 936 316	1 361 106
Engagements (note 6)		
Dette nette	**(324 693)**	(492 126)
Actifs non financiers		
Charges payées d'avance	**14 871**	49 594
Immobilisations (note 7)	**309 822**	442 532
	324 693	492 126
Surplus accumulé	-	-

Approuvé par le Conseil

, administrateur

, administrateur

ÉTAT DES ACTIVITÉS FINANCIÈRES

exercice terminé le 31 mars 2008

	Budget (non vérifié) (note 8)	2008 Réel	2007 Réel
	$	$	$
Produits			
Financement fourni par le Ministère			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 695 602 200**	**1 718 681 252**	-
Activités du RLISS	**3 781 106**	**3 741 617**	3 235 703
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	**288 000**	-
Chef du service d'urgence (note 10b)	-	**43 800**	-
Gestion des listes d'attente (note 10c)	-	**70 000**	-
Planification autochtone (note 10d)	-	**20 000**	-
Services de cybersanté (note 10e)	-	**475 000**	281 000
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	-	**172 200**	155 150
	1 699 383 306	**1 723 491 869**	3 671 853
Charges			
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé (note 9)	**1 695 602 200**	**1 718 681 252**	-
Frais généraux et administratifs (note 11)	**3 781 106**	**3 453 781**	3 329 249
Stratégie Vieillir chez soi (note 10a)	-	**122 503**	-
Chef du service d'urgence (note 10b)	-	**40 043**	-
Gestion des listes d'attente (note 10c)	-	**70 000**	-
Planification autochtone (note 10d)	-	-	-
Services de cybersanté (note 10e)	-	**436 194**	161 585
	1 699 383 306	**1 722 803 773**	3 490 834
Surplus de l'exercice avant le financement remboursable au Ministère	-	**688,096**	181 019
Financement remboursable au Ministère (note 3a)	-	**(688,096)**	(181 019)
Surplus de l'exercice	-	-	-
Surplus accumulé au début	-	-	-
Surplus accumulé à la fin	-	-	-

ÉTAT DE LA VARIATION DE LA DETTE NETTE

exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	$	$
Surplus de l'exercice	-	-
Acquisition d'immobilisations	**(39 490)**	(104 926)
Amortissement des immobilisations	**172 200**	155 150
Variation des autres actifs non financiers	**34 723**	(49 594)
Diminution de la dette nette	**167 433**	630
Dette nette au début	**(492 126)**	(492 756)
Dette nette à la fin	**(324 693)**	(492 126)

ÉTAT DES FLUX DE TRÉSORERIE

exercice terminé le 31 mars 2008

	2008	2007
	$	$
Exploitation		
Surplus de l'exercice	-	-
Moins : éléments sans incidence sur la trésorerie		
Amortissement des immobilisations	**172 200**	155 150
Amortissement des apports de capital reportés (note 5)	**(172 200)**	(155 150)
	-	-
Variation des éléments hors trésorerie liés à l'exploitation		
Augmentation du montant à recevoir du Ministère	**(7 013 110)**	-
Diminution (augmentation) des débiteurs	**281 000**	(281 000)
Augmentation des créditeurs et charges à payer	**93 702**	648 723
Augmentation du montant à verser aux fournisseurs de services de santé	**7 013 110**	-
Augmentation du montant à verser au Ministère	**688 096**	150 553
Diminution (augmentation) des charges payées d'avance	**34 723**	(49 594)
(Diminution) augmentation du montant à verser au Bureau des services partagés du RLISS	**(86 988)**	88 832
	1 010 533	557 514
Dépenses en immobilisations		
Acquisition d'immobilisations	**(39 490)**	(104 926)
Financement		
Augmentation des apports de capital reportés (note 5)	**39 490**	104 926
Augmentation nette de la trésorerie	**1 010 533**	557 514
Trésorerie au début	**587 980**	30 466
Trésorerie à la fin	**1 598 513**	587 980

NOTES SUR LES ÉTATS FINANCIERS

31 mars 2008

1. Description des activités

Le Réseau local d'intégration des services de santé a été constitué par lettres patentes le 2 juin 2005 à titre de société sans capital-actions. Par suite de la sanction royale du projet de loi 36, le 28 mars 2006, il a poursuivi ses activités en vertu de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* (la « *Loi* »), alors que le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Est (le « RLISS ») et ses lettres patentes étaient dissous. À titre de mandataire de l'État, le RLISS n'est pas imposé.

Le RLISS est mandataire de l'État et agit à ce titre uniquement. Les restrictions imposées au RLISS en ce qui a trait à certaines activités sont énoncées dans la *Loi*.

Le RLISS a également conclu une entente de responsabilité avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le « Ministère ») établissant le cadre des responsabilités et activités du RLISS.

Avec prise d'effet le 1er avril 2007, tous les versements aux fournisseurs de services de santé de la région géographique desservie par le RLISS ont été imputés aux états financiers de celui-ci. Le financement attribué par le Ministère est comptabilisé à titre de produits, et un montant équivalent est passé en charges à titre de paiement de transfert aux fournisseurs de services de santé autorisés dans les états financiers du RLISS pour l'exercice terminé le 31 mars 2008.

Le RLISS a pour mandat de planifier, de financer et d'intégrer le système de santé local dans une région géographique précise. Le RLISS couvre une région géographique clairement définie et permet aux collectivités locales et aux fournisseurs de services de santé de cette région de collaborer en vue de cibler les priorités locales, de planifier les services de santé et de les assurer de façon plus coordonnée. Le RLISS comprend la région de Durham, Lac Kawartha, Haliburton Highlands, la majeure partie du comté de Northumberland ainsi que le comté de Peterborough. Le RLISS englobe également une partie de l'est de la ville de Toronto (soit au sud de Steeles, les secteurs à l'est de Victoria Park et au sud d'Eglinton, et les secteurs à l'est de Warden et au nord d'Eglinton). Le RLISS conclut des ententes de responsabilité avec des fournisseurs de services de santé.

2. Principales conventions comptables

Les états financiers du RLISS constituent des déclarations de la direction et sont dressés conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada pour les gouvernements, tels qu'ils sont établis par le Conseil sur la comptabilité dans le secteur public (le « CCSP ») de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (l'« ICCA ») et, s'il y a lieu, selon les recommandations du Conseil des normes comptables (le « CNC ») de l'ICCA, telles qu'elles sont interprétées par la province d'Ontario. Les principales conventions comptables adoptées par le RLISS sont les suivantes :

Méthode de comptabilité

Les produits et les charges sont présentés selon la méthode de la comptabilité d'exercice. Selon cette méthode, les produits sont constatés dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux produits surviennent et lorsque ceux-ci sont gagnés et peuvent être déterminés. Quant aux charges, elles sont constatées dans l'exercice au cours duquel les événements ayant donné lieu aux charges surviennent, lorsque les charges sont engagées, que les ressources sont consommées et qu'elles peuvent être mesurées.

En vertu de la comptabilité d'exercice, les charges incluent les éléments hors trésorerie comme l'amortissement des immobilisations.

Financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le RLISS est financé uniquement par la province d'Ontario, en vertu d'une entente de responsabilité des RLISS (l'« entente de responsabilité ») conclue avec le Ministère décrivant des arrangements budgétaires pris par le Ministère. Ces états financiers reflètent les arrangements budgétaires convenus approuvés par le Ministère, et le RLISS ne peut approuver un montant excédant le budget consenti par le Ministère.

Le RLISS a pris en charge la responsabilité d'autoriser des paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé avec prise d'effet le 1er avril 2007. Les montants des paiements de transfert sont fondés sur les modalités prévues aux ententes de responsabilité conclues entre les divers fournisseurs et le RLISS. Au cours de l'exercice, le RLISS autorise le montant du paiement de transfert et en avise le Ministère qui, pour sa part, transfère le montant directement au fournisseur de services de santé. Les espèces liées au paiement de transfert ne transitent pas par le compte bancaire du RLISS.

Les états financiers du RLISS n'incluent aucun programme géré par le Ministère.

Paiements de transfert gouvernementaux

Les paiements de transfert gouvernementaux versés par le Ministère sont comptabilisés dans les états financiers de l'exercice au cours duquel ils sont autorisés, lorsque les événements ayant donné lieu à leur versement sont survenus, que les critères de rendement sont respectés et que des estimations raisonnables des montants peuvent être faites.

Certaines sommes, incluant les paiements de transfert versés par le Ministère, sont reçues conformément à des lois, à des règlements ou à des conventions, et peuvent uniquement être utilisées aux fins de l'administration de certains programmes ou aux fins de l'achèvement de projets précis. Le financement est uniquement constaté à titre de produits dans l'exercice au cours duquel les dépenses connexes sont engagées ou les services connexes sont fournis. Certaines sommes reçues servent en outre à payer des dépenses relatives à des services n'ayant pas encore été fournis; elles sont comptabilisées à la fin de l'exercice au titre des montants à verser au Ministère.

Apports de capital reportés

Toute somme reçue et utilisée aux fins du financement de charges comptabilisées à titre d'immobilisations est constatée à titre d'apport de capital reporté et amortie sur la durée de vie utile de l'actif reflétant la prestation des services connexes. Le montant comptabilisé à titre de produits à l'état des activités financières est conforme à la politique d'amortissement s'appliquant aux immobilisations.

Immobilisations

Les immobilisations sont comptabilisées au coût historique, qui comprend les coûts directement liés à l'acquisition, à la conception, à la construction, au développement, à la mise en valeur ou à l'amélioration d'immobilisations. Les apports sous forme d'immobilisations sont comptabilisés à leur juste valeur estimée en date de l'apport. La juste valeur des apports sous forme d'immobilisations est estimée selon leur coût, leur valeur de marché ou leur valeur d'expertise, en fonction de celle qui convient le mieux. Lorsqu'il est impossible d'estimer la juste valeur des immobilisations, celles-ci sont comptabilisées à une valeur symbolique.

Les frais d'entretien et de réparation sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés, tandis que les améliorations permettant de prolonger la durée de vie utile ou d'augmenter la capacité d'immobilisations de façon considérable sont immobilisées. Les coûts liés aux logiciels sont passés en charges lorsqu'ils sont engagés.

Les immobilisations sont comptabilisées au coût moins l'amortissement cumulé et elles sont amorties selon la méthode linéaire sur leur durée de vie utile estimative comme suit :

Matériel informatique	3 ans
Améliorations locatives	Durée du bail
Mobilier et agencements de bureau	5 ans
Développement Web	3 ans

L'amortissement des immobilisations qui sont acquises ou qui commencent à être utilisées en cours d'exercice est calculé sur un exercice complet.

Utilisation d'estimations

La préparation d'états financiers conformément aux principes comptables généralement reconnus du Canada exige que la direction effectue des estimations et pose des hypothèses qui influent sur les montants déclarés des actifs et des passifs, sur l'information relative aux actifs et aux passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que sur les montants déclarés des produits et des charges au cours de l'exercice. Les résultats réels pourraient différer des estimations.

3. Financement remboursable au Ministère

En vertu de l'entente de responsabilité conclue avec le Ministère, le RLISS doit afficher un bilan équilibré à la fin de chaque exercice. Par conséquent, toute somme reçue à titre de financement excédant les charges engagées doit être remboursée au Ministère.

a) Le montant remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé se compose des éléments suivants :

	Produits	Charges	Surplus
	$	$	$
Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé	1 718 681 252	1 718 681 252	-
Activités du RLISS	3 913 817	3 453 781	460 036
Stratégie Vieillir chez soi	288 000	122 503	165 497
Chef du service d'urgence	43 800	40 043	3 757
Gestion des listes d'attente	70 000	70 000	-
Planification autochtone	20 000	-	20 000
Services de cybersanté	475 000	436 194	38 806
	1 723 491 869	1 722 803 773	688 096

b) Le montant à verser au Ministère au 31 mars se compose des éléments suivants :

	2008	2007
	$	$
Montant à verser au Ministère au début	181 019	-
Montant du financement remboursable au Ministère relativement aux activités de l'exercice visé (note 3a)	688 096	181 019
Montant à verser au Ministère à la fin	869 115	181 019

4. Opérations entre apparentés

Le Bureau des services partagés du RLISS (le « BSPR ») est une division du RLISS de Toronto-Centre et est assujetti aux mêmes politiques, lignes directrices et directives que le RLISS de Toronto-Centre. Le BSPR est responsable, au nom des RLISS, de la prestation de services à tous les RLISS. Le coût lié à la prestation de ces services est facturé également à tous les RLISS. Toute tranche des charges d'exploitation du BSPR payée en trop (impayée) par les RLISS en fin d'exercice est comptabilisée à titre de montant à recevoir du BSPR (à verser au BSPR). Ces modalités sont toutes prévues aux termes de la convention de services partagés que le BSPR a conclue avec tous les RLISS.

5. Apports de capital reportés

	2008	2007
	$	$
Solde au début	**442 532**	492 756
Apports de capital au cours de l'exercice	**39 490**	104 926
Amortissement pour l'exercice	**(172 200)**	(155 150)
Solde à la fin	**309 822**	442 532

6. Engagements

Le RLISS a des engagements en vertu de divers contrats de location-exploitation visant des locaux et du matériel. Les contrats seront très probablement renouvelés. Les paiements minimaux exigibles au titre de la location pour chacun des quatre prochains exercices et par la suite s'établissent comme suit :

	$
2009	124 736
2010	123 626
2011	72 540
2012 et par la suite	-
	320 902

Le RLISS a également des engagements de financement envers des fournisseurs de services de santé liés par des ententes de responsabilité. Les engagements minimaux envers les fournisseurs de services de santé pour les deux prochains exercices en vertu des ententes de responsabilité actuellement en vigueur s'établissent comme suit :

	$
2009	1 751 928 300
2010	1 802 562 300

7. Immobilisations

			2008	2007
	Coût	Amortissement cumulé	Valeur comptable nette	Valeur comptable nette
	$	$	$	$
Mobilier et agencements de bureau	**277 831**	**154 674**	**123 157**	174 320
Matériel informatique	**95 829**	**79 574**	**16 255**	25 808
Développement Web	**36 100**	**16 474**	**19 626**	23 417
Améliorations locatives	**362 177**	**211 393**	**150 784**	218 987
	771 937	**462 115**	**309 822**	442 532

8. Chiffres du budget

Les budgets ont été approuvés par le gouvernement de l'Ontario. Les chiffres du budget présentés à l'état des activités financières reflètent le budget initial au 1er avril 2007. Ces chiffres ont été présentés pour que ces états financiers soient conformes aux exigences de communication d'information du CCSP. Le gouvernement approuve des ajustements budgétaires au cours de l'exercice; le tableau suivant présente les ajustements apportés au budget du RLISS au cours de l'exercice.

Le budget de financement total des fournisseurs de services de santé de 1 718 681 252 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial	**1 695 602 200**
Ajustements en vertu d'annonces faites au cours de l'exercice	**23 079 052**
Budget total	**1 718 681 252**

Le budget d'exploitation total révisé de 4 202 906 $ se compose des éléments suivants :

	$
Budget initial présenté à l'état des activités financières	**3 781 106**
Financement additionnel reçu au cours de l'exercice :	
Planification autochtone	**20 000**
Stratégie Vieillir chez soi	**288 000**
Chef du service d'urgence	**43 800**
Gestion des listes d'attente	**70 000**
Budget total	**4 202 906**

9. Paiements de transfert aux fournisseurs de services de santé

Le RLISS peut accorder un financement de 1 718 681 252 $ aux divers fournisseurs de services de santé situés dans la région géographique qu'il dessert. Les paiements de transfert accordés par le RLISS à divers secteurs s'établissent comme suit pour 2008 :

	$
Gestion d'hôpitaux	**1 013 569 316**
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux publics	**294 975**
Centres de soins de longue durée	**333 744 158**
Centres d'accès aux soins communautaires	**183 460 668**
Services de soutien communautaires	**25 343 566**
Soins à domicile dans des logements avec services de soutien	**10 001 649**
Centres de soins de santé communautaires	**8 786 926**
Programmes communautaires de soins de santé mentale et de toxicomanie	**48 844 834**
Hôpitaux psychiatriques spécialisés	**94 583 494**
Subventions compensatoires à l'égard des taxes municipales – hôpitaux psychiatriques	**51 666**
	1 718 681 252

Le RLISS n'a autorisé aucun financement à des fournisseurs de services de santé en 2007.

10.

a) Stratégie Vieillir chez soi

Le RLISS a reçu un financement de 288 000 $ (néant en 2007) relativement à la stratégie Vieillir chez soi. Les charges liées à la stratégie Vieillir chez soi engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2008	2007
	$	$
Services-conseils	**25 394**	-
Salaires et charges sociales	**73 445**	-
Autres	**23 664**	-
	122 503	-

b) Chef du service d'urgence

Le RLISS a reçu un financement de 43 800 $ (néant en 2007) relativement aux fonctions du chef du service d'urgence. Les charges liées aux fonctions du chef du service d'urgence engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 40 043 $ en honoraires de services-conseils.

c) Gestion des listes d'attente

Le RLISS a reçu un financement de 70 000 $ (néant en 2007) relativement aux activités de gestion des listes d'attente. Les charges liées aux activités de gestion des listes d'attente engagées au cours de l'exercice comprenaient un montant de 70 000 $ en honoraires de services-conseils.

d) Planification autochtone (Aboriginal Planning)

Le RLISS a reçu un financement de 20 000 $ (néant en 2007) relativement à un projet de planification autochtone. Aucune charge n'a été engagée au cours de l'exercice relativement au projet de planification autochtone.

e) Services de cybersanté

Le RLISS a reçu un financement de 475 000 $ (281 000 $ en 2007) relativement au projet de services de cybersanté. Les charges liées aux services de cybersanté engagées au cours de l'exercice se présentent comme suit :

	2008	2007
	$	$
Services-conseils	**435 415**	161 585
Autres	**779**	-
	436 194	161 585

11. Frais généraux et administratifs

Alors que l'état des activités financières présente les charges selon leur fonction, le tableau suivant présente ces mêmes charges par objet :

	2008	2007
	$	$
Salaires et charges sociales	**2 052 281**	1 648 608
Charges locatives	**237 354**	209 651
Amortissement	**172 200**	155 150
Services partagés	**302 301**	298 058
Activités communautaires	**85 498**	392 105
Services-conseils	**263 553**	233 731
Fournitures	**45 994**	88 896
Charges des membres du Conseil	**172 166**	210 538
Frais de poste, de messagerie et de télécommunications	**1 213**	6 155
Autres	**121 221**	86 357
	3 453 781	3 329 249

12. Conventions de prestations de retraite

Le RLISS verse des cotisations au Hospitals of Ontario Pension Plan (le « HOOPP »), un régime interentreprises, pour le compte d'environ 19 membres de son personnel. Il s'agit d'un régime à prestations déterminées qui précise le montant des avantages de retraite devant être reçu par les employés en fonction de leur ancienneté et de leur salaire. Le montant des cotisations versées au HOOPP relativement au coût des services rendus au cours de l'exercice a totalisé 162 424 $ pour l'exercice 2008 (90 801 $ en 2007) et ce montant a été passé en charges dans l'état des activités financières.

13. Garanties

Le RLISS est assujetti aux dispositions de la *Loi sur la gestion des finances publiques*. Par conséquent, dans le cours normal de ses activités, le RLISS ne peut conclure d'entente prévoyant l'indemnisation de tiers, sauf conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la ligne directrice connexe sur l'indemnisation.

Le directeur général a bénéficié d'une indemnisation fournie directement par le RLISS conformément aux dispositions de la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* et conformément au chapitre 28 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

14. Informations sectorielles

Le RLISS devait adopter le chapitre SP 2700 du *Manuel de l'ICCA*, intitulé « Informations sectorielles » pour son exercice ouvert à compter du 1er avril 2007. Un secteur est défini comme une activité distincte ou un groupe d'activités distinct, à l'égard de laquelle ou duquel il est approprié de présenter l'information financière séparément. La direction a établi que les informations déjà présentées dans l'état des activités financières et les notes complémentaires de l'exercice considéré et de l'exercice précédent sont adéquates en ce qui a trait aux secteurs pertinents et que, par conséquent, elle n'avait pas à présenter des informations additionnelles.

MEMBRES DU PERSONNEL

Rangée du fond

Scott Macpherson, James Meloche, Andrew Marsden, John Lohrenz

Rangée du milieu

Lindsay Wyers, Janet Boland, Emily Van de Klippe, Linda Henry,
Ritva Gallant, Brian Laundry, Jeanne Thomas, Karen O'Brien-Monaghan

Rangée de devant

Karen Landriault, Deborah Hammons, Sheila Rogoski, Katie Cronin-Wood

Absent

Kate Reed, Karen Ouellette

POUR NOUS CONTACTER

Téléphone	905-427-5497 1-866-804-5446
Télécopieur	905-427-9659
Adresse	Harwood Plaza 314, avenue Harwood Sud, bureau 204A Ajax (Ontario) L1S 2J1
Courriel	centraleast@lhins.on.ca
Site Web	www.centraleastlhin.on.ca

ISSN 1911-3331

Ontario
Local Health Integration Network